

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

N° .....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

167

Présentée et soutenue publiquement le.....1943

22 JUIN 1943

**Georges-Edouard LASSERRE**

Né le 2 avril 1915, à Montreuil-Bellay (M.-et-L.)

*Interne des Hôpitaux de Nantes*

*Lauréat des Hôpitaux*

# Considérations sur les antrites et adénoïdites du nourrisson

*Président : M. Fernand LEMAITRE, professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1943



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **LESSERRE**

Prénoms: **Georges-Edouard**

Date de la soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

**LESSERRE (Georges-Edouard).** — Considérations sur les antrites et adénoïdites du nourrisson. — *Librairie Arnette*, 1943, in-8 r., 100 p.

(Th. méd. (Et.) Paris, 1943, n° ...)

**LESSERRE (Georges-Edouard).** — Considérations sur les antrites et adénoïdites du nourrisson. — *Librairie Arnette*, 1943, in-8 r., 100 p.

(Th. méd. (Et.) Paris, 1943, n° ...)

**LESSERRE (Georges-Edouard).** — Considérations sur les antrites et adénoïdites du nourrisson. — *Librairie Arnette*, 1943, in-8 r., 100 p.

(Th. méd. (Et.) Paris, 1943, n° ...)

**LESSERRE (Georges-Edouard).** — Considérations sur les antrites et adénoïdites du nourrisson. — *Librairie Arnette*, 1943, in-8 r., 100 p.

(Th. méd. (Et.) Paris, 1943, n° ...)



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1943

N° .....

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

---

Présentée et soutenue publiquement le.....1943

---

**Georges-Edouard LASSERRE**

Né le 2 avril 1915, à Montreuil-Bellay (M.-et-L.)

*Interne des Hôpitaux de Nantes*

*Lauréat des Hôpitaux*

---

## Considérations sur les antrites et adénoïdites du nourrisson

---

*Président : M. Fernand LEMAITRE, professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1943

I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                |                     |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|
| Anatomie .....                                                 | ROUVIERE.           |
| Physiologie .....                                              | Léon BINET.         |
| Physique médicale .....                                        | STROHL.             |
| Chimie médicale .....                                          | POLONOVSKI.         |
| Bactériologie .....                                            | GASTINEL.           |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....             | BRUMPT.             |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                    | BAUDOUIN.           |
| Pathologie médicale .....                                      | N...                |
| Pathologie chirurgicale .....                                  | N...                |
| Anatomie pathologique .....                                    | LEROUX.             |
| Histologie .....                                               | CHAMPY.             |
| Pharmacologie et matière médicale .....                        | TIFFENEAU.          |
| Thérapeutique .....                                            | AUBERTIN.           |
| Hygiène et médecine préventive .....                           | TANON.              |
| Médecine légale .....                                          | DUVOIR.             |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....               | LÉVY-VALENSI.       |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                     | Henri BÉNARD.       |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                 | CHIRAY.             |
|                                                                | ABRAMI.             |
| Clinique Médicale .....                                        | FIESSINGER.         |
|                                                                | PASTEUR-VALLERY-    |
|                                                                | RADOT.              |
|                                                                | HARVIER.            |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....               | CATHALA.            |
| Clinique des maladies des enfants .....                        | Robert DEBRE.       |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | GUILLAIN.           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....          | LAIGNEL - LAVASTINE |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                 | GOUGEROT.           |
| Clinique des maladies infectieuses .....                       | LEMIERRE.           |
|                                                                | MONDOR.             |
| Clinique chirurgicale .....                                    | GOSSET.             |
|                                                                | CADENAT.            |
|                                                                | QUÉNU.              |
| Clinique ophtalmologique .....                                 | VELTER.             |
| Clinique urologique .....                                      | CHEVASSU.           |
|                                                                | COUVELAIRE.         |
| Clinique d'accouchements .....                                 | PORTES.             |
|                                                                | LÉVY-SOLAL.         |
| Clinique gynécologique .....                                   | MOCQUOT.            |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....            | LEVEUF.             |
| Clinique thérapeutique médicale .....                          | LOEPER.             |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                        | LEMAITRE.           |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                      | BROCQ.              |
| Clinique propédeutique .....                                   | Maurice VILLARET    |
| Clinique de la tuberculose .....                               | TROISIER.           |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....           | MATHIEU.            |
| Clinique de cardiologie .....                                  | DONZELOT.           |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                              | Clovis VINCENT.     |
|                                                                | DOGNON.             |
|                                                                | GIROUD.             |
|                                                                | HAZARD.             |
|                                                                | JAYLE.              |
| Professeurs sans chaire .....                                  | JOANNON.            |
|                                                                | OLIVIER.            |
|                                                                | VERNE.              |
|                                                                | SANNIÉ.             |



## II. — AGREGES EN EXERCICE

| MM.                       |                          | MM.                        |                           |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| AMELINE .....             | Pathologie chirurgicale. | DE GENNES ...              | Pathologie médicale.      |
| BARIÉTY .....             | Pathologie médicale.     | HAGUENAU ...               | Pathologie médicale.      |
| BERNARD (E.).             | Pathologie médicale.     | LACOMME ....               | Obstétrique.              |
| BEZANÇON (J.).            | Hydrologie.              | LANTUÉJOUL .               | Obstétrique.              |
| BONNET .....              | Bactériologie.           | LAVIER .....               | Parasitologie.            |
| BOULIN .....              | Pathologie médicale.     | LELONG .....               | Pathologie médicale.      |
| BROUET .....              | Pathologie médicale.     | LEMAIRE .....              | Pathologie expérimentale. |
| BULLIARD ....             | Histologie.              | LENÈGRE .....              | Pathologie médicale.      |
| CACHERA ....              | Pathologie médicale.     | M <sup>me</sup> J. LÉVY .. | Pharmacologie.            |
| CORDIER .....             | Anatomie.                | MARCHAL ....               | Pathologie médicale.      |
| COSTE .....               | Pathologie médicale.     | MÉNÉGAUX ...               | Pathologie chirurgicale.  |
| COUVELAIRE                |                          | MOLLARET ...               | Pathologie médicale.      |
| (Roger) ....              | Urologie.                | MOUQUIN ....               | Pathologie médicale.      |
| DELARUE ....              | Anatomie pathologique.   | PATEL .....                | Pathologie chirurgicale.  |
| DELAY .....               | Pathologie médicale.     | PETIT-DUTAIL-              | Pathologie chirurgicale   |
| DEGREZ (H.)..             | Physique.                | LIS .....                  |                           |
| DESOILLE ....             | Médecine légale.         | RENARD .....               | Ophthalmologie.           |
| DIGONNET ....             | Obstétrique.             | RICHET .....               | Physiologie.              |
| DOGNON .....              | Physique.                | SÈNÈQUE .....              | Pathologie chirurgicale   |
| FEVRE .....               | Pathologie chirurgicale. | SICARD .....               | Pathologie chirurgicale.  |
| FUNCK-BREN-               |                          | SOULIE .....               | Pathologie médicale.      |
| TANO .....                | Pathologie chirurgicale. | SUREAU .....               | Obstétrique.              |
| GALLIARD ....             | Parasitologie.           | TURPIN .....               | Pathologie médicale.      |
| GARCIN .....              | Pathologie médicale.     | WILMOTH ....               | Pathologie chirurgicale.  |
| M <sup>me</sup> GAUTHIER- |                          |                            |                           |
| VILLARS ...               | Anatomie pathologique    |                            |                           |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

| MM.           |                          | MM.           |                  |
|---------------|--------------------------|---------------|------------------|
| ALGLAVE ..... | Pathologie chirurgicale. | LE LORIER ... | Obstétrique.     |
| CHAILLEY-     |                          | NEVEU-        |                  |
| BERT .....    | Physiologie.             | LEMAIRE ...   | Parasitologie.   |
| GUÉNIOT ..... | Obstétrique.             | PIEDELIEVRE . | Médecine légale. |
| HEITZ-BOYER   | Pathologie chirurgicale. | VAUDESCAL     | Obstétrique.     |
| HUGUENIN...   | Anatomie pathologique.   |               |                  |

# IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

| MM.           |                    | MM.                    |                        |
|---------------|--------------------|------------------------|------------------------|
| ALAJOUANINE.  | Clinique médicale. | BASSET.                | Clinique chirurgicale. |
| BRULÉ.        |                    | GATELLIER.             |                        |
| CHABROL.      |                    | DE GAUDART             |                        |
| CHEVALLIER.   |                    | D'ALLAINES.            |                        |
| LAROCHE (G.). |                    | MOULONGUET.            |                        |
| LIAN          |                    | MCURE.                 |                        |
| MOREAU.       |                    |                        |                        |
| SÉZARY.       |                    |                        |                        |
|               |                    |                        |                        |
| MM.           | }                  | Clinique obstétricale. |                        |
| ECALLE.       |                    |                        |                        |
| VIGNES.       |                    |                        |                        |

## V. — CHARGES DE COURS

| MM.                    |                      |
|------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé. | Education physique.  |
| LEDOUX-LEBARD .....    | Radiologie clinique. |
| DECHAUME .....         | Stomatologie.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

## A MON PERE ET A MA MERE

*En témoignage de profonde reconnaissance  
et d'amour filial pour le dévouement inlassable  
dont ils ont fait preuve à mon égard.*

## A MA FEMME

*Dont la présence et la tendresse m'ont tant  
aidé à atteindre mon but. Je lui dédie cette  
thèse en gage de notre amour et de notre  
bonheur.*

## A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

*Qui entourait mon enfance de sa plus affectueuse sollicitude.*

## A MON GRAND-PERE

## A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

## A MES BEAUX-PARENTS

*Avec l'assurance de toute ma gratitude et de  
ma profonde affection.*

## A MON ONCLE ET A MA TANTE

## A TOUTE MA FAMILLE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE  
Professeur de Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie  
à la Faculté de Médecine de Paris  
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière  
Membre de l'Académie de Médecine  
Commandeur de la Légion d'Honneur

*En témoignage de reconnaissance respectueuse pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. VIEL

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux  
Chargé de Cours à l'Ecole de Médecine  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a si aimablement accueilli dans son  
Service et confié ses observations.*

*En hommage respectueux.*

A NOTRE MAITRE  
MONSIEUR LE DOCTEUR FERNAND BARON  
Oto-Rhino-Laryngologiste suppléant des Hôpitaux

*Qui nous a guidé de ses excellents conseils et  
toujours témoigné la plus grande bienveillance.*

*Que cette thèse soit l'expression de notre  
respectueux attachement et de notre vive gra-  
titude.*

## A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

### STAGE

Docteur FAVREUL

Docteur PICARD

### EXTERNAT

Docteur G.-P. SOURDILLE

Docteur DURBIN (*in memoriam*)

Docteur GAUDIN

Docteur LEROUX

Docteur LERAT

Docteur PICARD

### INTERNAT

Docteur LONGUET

Docteur REYT

Docteur J. VIEL

Docteur PICHAT

## ET A MESSIEURS LES DOCTEURS :

LEGRAND

EOCHE-DUVAL

CLENET

RELIQUET

MOUSSEAU.

RIOU

BIANCHI

## A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT

*Qu'ils veuillent bien trouver ici l'hommage  
de notre sincère gratitude.*

A MON AMI LE DOCTEUR JUDE TURIAT

Médecin des Hôpitaux de Paris

A MON AMI LE DOCTEUR MAURICE VIAUD

Chef de Clinique Médicale  
des Hôpitaux de Nantes

A MES MAÎTRES  
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

## INTRODUCTION

S'il est une question fort débattue au cours de ces vingt dernières années, entre pédiatres et otologistes, ce fut bien celle des antrites et adénoïdites du nourrisson.

Elle n'est cependant pas encore résolue. Les uns sont « antrotomistes » dans tous les cas d'otites même discrètes et qui s'accompagnent d'un syndrome digestif sérieux; les autres, sans nier la nécessité d'opérer quelquefois pensent que l'indication opératoire mérite d'être discutée : antrotomie ou adénoïdectomie.

Dans sa thèse, M<sup>me</sup> ADAM, sous l'autorité de RIBAUDEAU-DUMAS, pense qu'au lieu d'intervenir sur l'antre d'emblée, il y a intérêt à tenir compte de la rhinopharyngite étiologique même latente. En lui appliquant le traitement qui convient, on peut éviter souvent l'antrotomie.

Le cavum est fréquemment le point de départ de nombreuses infections tant auriculaires que pulmonaires et digestives. C'est cette idée qui a guidé le sujet de notre thèse, et une vingtaine d'observations,

recueillies par notre Maître, le Docteur BARON, viendront prouver que l'on peut assez souvent, par une opération bénigne, prévenir toutes ces graves infections du nourrisson (antrite, broncho-pneumonies, syndrome cholériforme) en intervenant à temps sur le cavum.

Pour bien se rendre compte de l'importance de l'infection du cavum dans la pathologie du nourrisson, il nous faudra d'abord préciser la « place de choix » qu'il occupe dans l'organisme : « ce quartier général où se rassemblent les germes d'une infinité de maladies », dit LAURENS.

Puis, nous nous efforcerons de décrire les différentes formes que peut revêtir cette infection du cavum afin de prévenir les grandes complications qu'elle peut entraîner.

Ensuite, nous verrons ces complications si souvent rencontrées dans la vie du nourrisson, complications aussi bien auriculaires que pulmonaires et digestives.

Enfin, nous terminerons en insistant sur le traitement, traitement médical, parfois radiothérapique, et surtout chirurgical.

## NOTIONS D'ANATOMIE SUR LE CAVUM DU NOURRISSON

Nous entendrons par cavum, l'arrière-cavité des fosses nasales. Ainsi compris, le cavum est fermé par le dôme du pharynx. Pour en bien comprendre l'anatomie, Nous en étudierons :

— D'abord les voies d'accès, qui seront en même temps les voies d'entrée des microbes.

— Puis, nous verrons la constitution proprement dite du cavum, et surtout des orifices qui y prennent naissance, constitution qui, comme nous le verrons, prédispose à l'infection.

— Enfin, nous terminerons par quelques mots sur les différents appareils que le cavum tient sous sa dépendance du fait de sa constitution, et que les germes pathogènes peuvent gagner.

Ainsi l'anatomie, à elle seule, pourra-t-elle nous expliquer presque toutes ces infections auriculaires, pulmonaires et digestives du nourrisson.

### A) VOIES D'ACCÈS.

Deux conduits mènent dans le cavum. L'un directement constitué par les fosses nasales, l'autre indirectement constitué par la bouche.

Les fosses nasales, de par leur constitution chez le nourrisson, prédisposent encore plus que chez l'adulte, le cavum à l'infection. En effet, chez le tout-petit, les glandes sont à peine formées, d'où mucus insignifiant ; les cornets sont de dimensions très réduites ; les vibrisses n'existent pour ainsi dire pas. Quant à la muqueuse pituitaire, elle est fine et très fragile. Cette conformation spéciale des fosses nasales suffit déjà à expliquer pourquoi l'infection peut gagner facilement le cavum du nourrisson.

Là, les microbes attendent la moindre régurgitation, le moindre vomissement, le moindre hoquet pour venir se fixer dans ce « milieu de choix » de l'infection que constitue le cavum lui-même, ainsi que nous allons le voir maintenant.

#### B) CONSTITUTION PROPRE DU CAVUM.

Nous diviserons la structure du cavum en 6 parois :

1° *Une paroi antérieure* : elle se confond avec les orifices postérieurs des fosses nasales ou choanes.

2° *Une paroi supérieure et postérieure.*

La paroi supérieure présente un amas de formations lymphoïdes, qui, chez le nourrisson, sont assez développées. La constitution même du cavum avec sa surface plissée favorise une infection. Il est parcouru de bourrelets irréguliers, séparés les uns des autres par des sillons.

Le sillon médian, le plus accusé de tous, présente fréquemment, à son extrémité inférieure, une dépres-

sion profonde « le recessus médian ». Venant encore augmenter la profondeur de ce recessus, vient s'ouvrir dans son fond un diverticule tubuleux : « la bourse pharyngienne ». Que de merveilleux réceptacles pour tous ces microbes si facilement entrés dans ce cavum ! Ajoutez à cela que les parois latérales du cavum forment aussi un excellent milieu de culture puisque là aussi se développe du tissu lymphoïde sous forme d'amygdale tubaire de GERLACH.

C'est d'ailleurs cette amygdale tubaire qui, véritable repaire pour les microbes, se trouve située à l'orifice tubaire, et se prolonge même jusque dans la trompe d'Eustache.

Voilà, certes, un excellent chemin pour les microbes leur permettant de gagner l'oreille. Ajoutez que chez le nourrisson il n'existe pas de bourrelet tubaire qui pourrait former un semblant d'obstacle pour la trompe. C'est donc naturellement que les microbes pourront orienter leur chemin vers la trompe et l'oreille.

Enfin, en arrière de l'ouverture de la trompe, sur le bord postérieur de l'orifice tubaire se trouve une dépression profonde, lisse ou aréolaire : c'est la fossette de « Rosenmüller », en partie comblée, elle aussi par du tissu lymphoïde.

Ainsi le cavum, avec sa structure faite surtout de tissu lymphoïde, sa surface tout à fait irrégulière, constitue-t-il un brillant terrain pour le développement de toute infection. Faut-il ajouter que la moindre inflammation de ce tissu provoque son hypertrophie ?

### C) ORIFICES DU CAVUM.

Du cavum partent deux orifices principaux :

L'un supérieur, l'orifice tubaire s'ouvre discrètement dans la trompe d'Eustache.

L'autre inférieur, l'orifice pharyngien s'ouvre directement à la partie buccale du pharynx.

1° Nous avons déjà vu que l'orifice tubaire du nourrisson ne présentait pas ce bourrelet tubaire si souvent rencontré chez l'adulte. Voilà déjà un premier obstacle levé pour l'infection chez ce jeune sujet indemne de tout anticorps.

Le rétrécissement isthmique de la trompe n'existe pas chez le nourrisson. C'est la même muqueuse qui tapisse et le cavum et la trompe et la caisse du tympan. Enfin, la trompe elle-même est beaucoup plus courte, en proportion, chez le nourrisson que chez l'adulte. Voilà, semble-t-il, qui suffit à expliquer la fréquence des otites chez le nourrisson. Aussi est-il indispensable, chez tout nourrisson faisant de la fièvre, de regarder ses oreilles. Le pus ayant ainsi facilement pénétré dans la caisse, il ne lui reste plus qu'un tout petit pas à faire pour gagner l'autre, car les deux cavités communiquent l'une avec l'autre à plein canal. L'aditus ad-antrum n'est-il pas, en effet, plus large ici aussi que chez l'adulte. Si la muqueuse de l'aditus est trop irritée, on a vu qu'il y avait hypérémie, hypertrophie, la lumière de l'aditus est réduite, il y a alors rétention de pus.

Ainsi de par sa situation et ses rapports, le cavum

est-il souvent très responsable de graves infections qui se manifestent même à distance, chez le nourrisson.

L'otite évolue comme une complication, s'aggrave à la faveur du mauvais état général du petit malade, et on a vite fait de ne considérer que l'otite alors que le cavum est infecté lui aussi.

Mais un examen est assez difficile, car il est impossible de faire une rhinoscopie postérieure chez le nourrisson, de même l'introduction d'un spéculum dans les fosses nasales permet assez difficilement d'apercevoir les végétations adénoïdes. De même certains conduits auditifs du nourrisson sont si petits qu'ils ne permettent pas toujours de faire une interprétation exacte de l'image du tympan. Aussi le diagnostic entré rhino-pharyngite et otite peut-il se poser avec beaucoup de difficulté, et le curettage des VA., comme nous le faisons, peut servir alors de test diagnostique aussi bien que thérapeutique. Si, en 48 h. la fièvre ne tombe pas, il faut intervenir sur l'oreille.

Ainsi pouvons-nous nous expliquer par l'anatomie comment l'infection peut gagner l'oreille, les poumons et le tube digestif après avoir débuté dans le cavum.

2° Il en est de même pour certaines affections pulmonaires et digestives. En effet, la partie inférieure du pharynx se divise en deux conduits: l'un antérieur le larynx qui conduit l'infection jusque dans les poumons et expliquerait la fréquence des broncho-pneumonies si souvent rencontrées chez les nourrissons au

cavum infecté ; l'autre postérieur, l'œsophage. Ce dernier conduit expliquerait la propagation de l'infection du cavum aux intestins. En effet, les mucosités pharyngées, le pus, descendent sur la paroi postérieure du pharynx et sont le plus souvent dégluties ; et c'est cette pyophagie qui est responsable de troubles gastro-intestinaux sérieux, tels que : diarrhée, vomissements et, par suite, amaigrissement.

Ainsi le cavum, avec les orifices qui en partent, tant du côté de l'oreille que du côté de l'appareil pulmonaire et digestif, préside-t-il à de nombreuses infections dont le nourrisson peut être atteint. L'anatomie explique d'où peuvent partir en tous sens une multitude d'infections. Il nous reste maintenant à dépister l'infection du cavum lui-même afin de prévenir ensuite les complications qu'elle peut entraîner.

L'otite chez un nourrisson, dans la pratique courante, n'est jamais primitive. On peut affirmer, sans risques, que 95 % des otites de nourrisson sont secondaires à une affection du cavum. Il faudra donc s'efforcer avant tout de rechercher la rhino-pharyngite.

## ASPECT CLINIQUE D'UN CAVUM INFECTÉ

Il est d'abord à noter que cette rhino-pharyngite du nourrisson peut atteindre l'enfant en n'importe quelle saison, à n'importe quel âge : aussi bien à quelques semaines qu'à 2 ans. Cette rhino-pharyngite peut se présenter sous deux formes.

Parfois, elle se manifeste d'une façon aiguë qui attirera l'attention. Ceci se voit surtout chez l'enfant bien constitué. C'est alors que l'on pourra noter quelques symptômes qui orienteront le diagnostic vers celui de rhino-pharyngite.

L'enfant est gêné pour respirer, sa respiration est bruyante, rapide. Il lâche souvent son biberon pour respirer.

Son nez secrète soit à l'extérieur par 1 ou 2 narines, soit sur la paroi postérieure du pharynx, la région pharyngée irritée, il se produit une toux quinteuse, souvent émétisante.

« Mais tous ces symptômes sont parfois discrets. La résorption toxique ou la déglutition du pus retentis-

sent sur l'état général du nourrisson. L'enfant ayant du mal à téter, ne tarde pas à perdre du poids ou simplement à rester stationnaire ; il devient rapidement anorexique. Les vomissements peuvent apparaître, la diarrhée également, tous ces éléments entraînent l'amaigrissement et l'anémie. La température plus ou moins élevée accompagne cette poussée d'adénoïdite. Ce peut-être soit une fièvre régulière qui dure ainsi que le montre notre observation n° 20, pendant des semaines, soit une fièvre procédant par poussées de 4 à 5 jours, séparées par 4 à 5 jours d'améliorations ainsi que le montre notre observation n° 1. »

Ainsi se présente la rhino-pharyngite aiguë que l'on rencontre chez le nourrisson.

Mais, malheureusement, il est plus fréquent de rencontrer une pharyngite latente, où l'infection est discrète. Peu de choses attirent l'attention sur le cavum. Ce n'est plus souvent que par une de ces complications immédiates de l'infection que l'on pense au cavum.

Ce sont parfois, à distance, des troubles auriculaires, pulmonaires, gastro-intestinaux qui attirent l'attention.

Les signes locaux sont à peu près nuls : pas d'obstruction nasale, pas d'écoulement nasal.

Parfois un peu de rougeur de la gorge.

Bref, rien ne permet de penser au cavum de prime abord, et pourtant le point de départ du fléchissement de l'état général, des complications auriculaires, digestives et pulmonaires est là : il faut traiter la

rhino-pharyngite même latente. Aussi éviterons-nous, chez ces petits organismes neufs, non encore immunisés contre tous les germes pathogènes et les maladies infectieuses, de graves complications que nous allons étudier et qui pourraient entraîner la mort.



## COMPLICATIONS DES ADENOIDITES

Nous avons vu, en étudiant l'anatomie du cavum, que l'infection partant du cavum pouvait gagner trois appareils principaux. Ce sont les complications principales que l'infection peut déterminer à leur niveau que nous allons étudier. Nous commencerons par les complications auriculaires, puis nous parlerons des complications pulmonaires, enfin, nous terminerons en disant un mot des complications digestives.

### I. - COMPLICATIONS AURICULAIRES

Ainsi que nous l'a montré l'anatomie, la rhino-pharyngite se propage aisément à la trompe d'Eustache, puis à la caisse et même à l'antre.

La brièveté de toutes ces cavités leur permet de communiquer largement. Elles ne font qu'un bloc qu'il ne faut pas séparer. Et sur tout cet ensemble, nous n'avons qu'une « lucarne » : le tympan, ainsi que l'a fait remarquer notre maître, le docteur BARON à la Société des Hôpitaux de Nantes, en mars 1943.

Ces différents aspects pathologiques du tympan expriment donc la souffrance de la caisse, de l'antre, de la trompe et du cavum.

« Devant un tympan malade, il faut prendre l'habitude de conclure : adénoïdite en même temps qu'otite, et ainsi, pensons-nous beaucoup de fautes sont évitées, en premier lieu, celle d'avoir oublié le cavum. »

Les aspects pathologiques du tympan, s'ils mettent en évidence la rhino-pharyngite, indiquent aussi l'otite et ses complications possibles : l'antrite.

L'otite peut être très nette et se manifester par des signes tympaniques ou mastoïdiens indiscutables. Mais beaucoup plus souvent, comme la rhino-pharyngite, elle est latente, et le tympan ne présente que de légères variations de coloration : il est blanc-terne, gris sale, jaune, « givré », ou il y a simplement absence de triangle lumineux, signe capital pour  
LE MÉE.

Ces otites latentes, découvertes par l'examen systématique de tout nourrisson qui présente un syndrome infectieux, non expliqué par ailleurs, entraînent d'emblée la paracentèse qui ramène du pus ou de la sérosité, et l'on conclut à une otite que l'on rend responsable de tout le syndrome infectieux, de cette toxicose dont le nourrisson meurt trop souvent. Et l'on a déjà oublié que le malade avait aussi un cavum.

Qui donc a découvert et individualisé une toxine spéciale otogène nettement caractérisée pour être si affirmatif ?

Il est assez curieux de trouver dans la thèse de M<sup>me</sup> ADAM, inspirée par RIBADEAU-DUMAS ces deux phrases contradictoires à deux pages d'intervalle.

L'affection du cavum, même sans mastoïdite, peut

être le point de départ de bactériémies qui, selon les localisations des embolies septiques, seront à l'origine de broncho-pneumonies mortelles ou d'infections gastro-intestinales également très graves.

## II. - COMPLICATIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Les broncho-pneumonies chez le nourrisson surviennent de deux façons :

— Soit directement, par voie descendante, les mucosités et le muco-pus ayant une tendance toute naturelle à descendre le long des parois du pharynx et à gagner le larynx.

— Soit indirectement, ainsi que nous venons de le voir, à la suite d'embolies septiques dont le point de départ est rhino-pharyngé.

C'est GRENET qui écrivait : Primitives ou secondaires, les broncho-pneumonies surviennent surtout chez les sujets dont le cavum est infecté, surtout chez les adénoïdiens.

N'est-il pas courant, d'ailleurs, de voir sur les observations des nourrissons atteints de broncho-pneumonies, ces simples mots qui ont dénoté que le point de départ était dans le cavum : Prélèvement nasal ; Prélèvement pharyngé.

On sait souvent, et les parents de l'enfant n'ont pas été sans le remarquer, que l'enfant a présenté dans les jours précédant la broncho-pneumonie un coryza plus ou moins marqué. Or, on sait la gravité des broncho-pneumonies chez le nourrisson : plus il est jeune,

plus l'infection est grave, vu son manque d'immunité. Aussi comprend-on l'intérêt qu'il y a à bien désinfecter le cavum des nourrissons afin de prévenir cette broncho-pneumonie du nourrisson si redoutée des pédiatres. Il doit en être de même pour les :

### III. - COMPLICATIONS GASTRO-INTESTINALES

Elles sont aussi très fréquemment rencontrées chez le nourrisson.

N'est-ce pas MARIOTTE qui disait : « Plus de 85 % des troubles gastro-intestinaux et des perturbations d'origine digestive sont dûs à une infection primitive de l'oreille, du nez, du pharynx ! »

Ici comme pour l'appareil respiratoire, l'infection peut gagner le tube digestif.

— *Soit directement*, par suite de la pyophagie que peut présenter le nourrisson à cavum infecté, le pus venant plus facilement du cavum que de l'oreille.

— *Soit indirectement*, ainsi que nous l'avons vu, à la suite d'embolies septiques à point de départ pharyngé.

Et c'est cette infection qui amènera les principaux symptômes du syndrome cholériforme : anorexie, vomissements, diarrhée et, par suite, amaigrissement avec déshydratation. Certains attribuent ce syndrome cholériforme à l'oto-antrite.

N'y a-t-il pas là un abus d'autant plus important que la sanction est, pour certains auteurs, l'antrotomie d'urgence.

Comment expliquent-ils le retentissement gastro-intestinal dû à l'otite ? On invoque :

— La déglutition du pus, mais n'est-il pas plus simple de penser qu'il puisse venir du cavum directement.

— Les troubles réflexes à distance, mais le cavum est tout au moins aussi riche, sinon plus riche, que l'oreille en filets sympathiques.

— Enfin, les résultats thérapeutiques que nous publions dans nos 20 observations tendent à nous faire croire que c'est le cavum qui tient une place prépondérante dans le syndrome cholériforme du nourrisson et non l'otite, puisque en agissant sur le cavum on guérit souvent l'antrite et les troubles digestifs. Nous suivons difficilement M<sup>me</sup> ADAM, quand elle écrit : « Si on ne pense pas à l'otite au cours du syndrome cholériforme, on ne fera qu'un traitement symptomatique qui n'empêche pas l'évolution de la maladie vers la mort. Mais si l'on intervient à temps, l'antrotomie pourra seule sauver le petit malade. »

Elle admet par ailleurs la dualité étiologique du syndrome cholériforme, mais elle conclut à l'unité thérapeutique.

Nous avons eu maintes fois la preuve que le syndrome cholériforme pouvait être d'origine nasale. Il n'est que de consulter nos observations 6, 8, 9 et surtout l'observation 15, où malgré l'antrotomie bilatérale, le nourrisson continuait à avoir un syndrome cholériforme qui n'a guéri qu'avec l'ablation de végétations adénoïdes.

Le syndrome toxi-infectieux à forme digestive ne peut donc pas être attribué systématiquement à l'antre, même lorsque le pédiatre ne lui retrouve aucune explication. Il peut être aussi bien naso-pharyngien, et il importe de les distinguer dès que possible. C'est souvent très difficile. L'HIRONDELLE a décrit récemment la ponction d'antre qui devait permettre d'explorer cette cavité et l'os qui la borde. Ainsi pourrait-on, d'après cette exploration, discuter ou non de l'intervention.

Nous en avons très peu pratiqué. Il serait osé de conclure sur quelques observations. J. LÉVESQUE et RENAULT, dans le numéro de juillet de la revue « *Le Nourrisson* », la critiquent assez sévèrement.

A notre avis, le cavum est très souvent le seul responsable de nombreuses affections auriculaires, pulmonaires et digestives, et le lien qui les réunit est à notre avis la rhino-pharyngite, même très discrète. L'otite du nourrisson a très rarement, sinon jamais, de répercussion directe sur le tube digestif, et ne peut à notre avis provoquer un syndrome cholériforme s'il existe un état septicémique; par conséquent, s'il y a une atteinte plus ou moins infectante d'un sinus à la base du crâne, le plus fréquemment atteint étant le sinus latéral.

Il ne faut pas oublier que le tympan est une lucarne à la fois sur l'oreille et sur le cavum. Il ne faut pas séparer ces deux organes, la rhino-pharyngite étant à l'origine de toutes ces infections. On pourra agir:

- soit médicalement,
- soit chirurgicalement.

Dans les cas douteux, le toucher appuyé pourra rendre quelques services. Nous donnons la préférence au curettage, peu choquant même fait à chaud.

On comprend donc tout l'intérêt qu'il y a à agir le plus tôt possible et à bien traiter ce cavum infecté. C'est ce que nous allons voir dans notre prochain et dernier chapitre.



## TRAITEMENT

Devant la gravité des complications que peut entraîner un coryza chez les nourrissons, on comprend tout l'intérêt qu'il y a à le bien traiter. Le meilleur traitement n'est-il pas d'abord d'empêcher l'infection du cavum, c'est le *traitement prophylactique*, puis, si la rhino-pharyngite s'installe, il faut la guérir, c'est le *traitement curatif*. Ensuite, dans certains cas, sur tout chez les enfants assez âgés, on pourra envisager une cure de consolidation aux eaux sulfureuses et, enfin, nous terminerons en parlant du traitement des graves complications que la rhino-pharyngite peut entraîner.

### I. - TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

On sait que plus un enfant est robuste, plus il peut résister à l'infection. Aussi, pour empêcher la rhino-pharyngite de s'installer faut-il instituer :

— Une bonne hygiène du nourrisson ;

— Un bon régime, et l'on ne saurait trop vanter les résultats incomparables obtenus avec le lait maternel ;

— Enfin, il est une notion qui, à notre sens, apparaît capitale : c'est de faire boire l'enfant en position verticale, et non en décubitus dorsal, quoi de plus facile au lait ainsi introduit dans le cavum, de fuser du côté de l'oreille par la trompe d'Eustache courte et largement ouverte, ainsi que nous l'avons vu.

De même, passant par le cavum, le lait entraînera avec lui les mucosités plus ou moins infectées et infectantes qu'il y trouve et contribuera ainsi à essayer l'infection du côté des poumons et du tube digestif. C'est vraisemblablement une des raisons qui explique aussi la plus grande fréquence de syndrome cholériforme, d'otite plus ou moins latente, de bronchopneumonies chez les nourrissons de nos crèches ainsi alimentés, que chez les nourrissons élevés en ville.

De plus le lait, excellent bouillon de culture par lui-même, ne contribuera-t-il pas à entretenir l'infection du cavum venant se loger sur l'amygdale pharyngée à surface anfractueuse ?

Donc autant de raisons qui montre l'importance qu'il y a à donner les biberons ou tétées en position verticale à l'enfant. Ainsi aurons-nous contribué à empêcher la rhino-pharyngite de s'installer. Cette importance du traitement prophylactique n'est-elle pas démontrée par ce fait admis de tous, que l'antrite est surtout une maladie des crèches, de ces enfants débilités et plus ou moins tarés.

## II. - TRAITEMENT CURATIF

Une fois la rhino-pharyngite installée, il faut la combattre efficacement. Pour cela, plusieurs traitements ont été proposés que nous étudierons successivement :

- Le traitement médical ;
- Le traitement radiothérapique ;
- Le traitement chirurgical.

### LE TRAITEMENT MEDICAL

Ce peut être un traitement à la fois local et général.

#### 1° TRAITEMENT LOCAL :

Il consistera dans l'emploi de désinfectants médicamenteux, soit en solutions huileuses, soit en solutions aqueuses.

*Solutions huileuses.* — Elles sont surtout à base d'eucalyptol, de goménol à 1/150°. Elles sont fréquemment employées dans la pratique. Pourtant certains n'ont-ils pas signalé des cas de « pneumonie huileuse » dûs à leur usage intempestif, Aussi parfois leur préfère-t-on :

*Solutions aqueuses* qui seront employées tièdes à cause de la muqueuse pituitaire du nourrisson. C'est très souvent que nous employons le sérum physiologique ordinaire ou adrénalisé à 1 %, ou même éphédriné.

Certains se trouvent bien parfois des vaccins, à petites doses. Mais il semble que l'emploi des vaccins ait donné de meilleurs résultats dans le traitement géné-

ral, ainsi que nous le verrons. Quoi qu'il en soit, il nous semble que ce traitement local soit assez peu efficace. Aussi a-t-on pu s'adresser au :

## 2° TRAITEMENT GÉNÉRAL

Certains comme BIZE, NOBÉCOURT ont préconisé un moment l'emploi de stock-vaccin, aux doses de  $1/2 \text{ cm}^3$  tous les 2 jours. Leurs résultats en seraient bons, mais nous ne les avons pas utilisés dans le service de l'Hôtel-Dieu.

Enfin, pour être complet, M<sup>me</sup> ADAM préconise les sulfamides, comme adjuvant à la médication locale. C'est peut-être faire un emploi par trop exagéré des sulfamides qui sont tout de même des remèdes non dépourvus de toxicité, et qui, à notre avis, ne doivent être utilisés qu'en dernier recours, lorsque les autres moyens ont échoué. En effet, à force de donner des sulfamides à l'organisme, ne se développe-t-il pas en lui une certaine sulfamido-résistance.

Ainsi ce traitement médical pourra-t-il être essayé dans certains cas et parfois on aura la joie de voir le nourrisson guérir de sa rhino-pharyngite, mais aussi parfois elle traînera, et c'est alors qu'il faudra envisager un traitement plus efficace, plus rapide, surtout si l'on redoute l'existence, avec la rhino-pharyngite d'une des complications : antrite,

otite,

syndrome cholériforme.

— Traitement radiothérapique pour les uns,

— Traitement chirurgical pour les autres.

#### TRAITEMENT RADIOTHERAPIQUE.

De ce traitement, nous n'en avons pas d'expérience personnelle. Mais outre que nous avons peur de faire de la radiothérapie si près de l'hypophyse, nous pensons qu'au cours d'une évolution d'une adénoïdite aiguë ou subaiguë qui peut s'aggraver d'un jour à l'autre, il vaut mieux prendre des méthodes plus rapides. Enfin, avant de porter un jugement définitif sur cette méthode nouvelle, il serait prudent de savoir si les résultats obtenus se sont maintenus et surtout comment s'est effectuée plus tard la croissance de ces sujets ? Leur constitution n'a-t-elle pas été troublée ? Autant de questions à résoudre. Et comme cette méthode est très peu employée à Nantes, nous lui avons préféré le traitement chirurgical qui, en cas de rhino-pharyngite compliquée nous donne des résultats plus rapides, non seulement au point de vue thérapeutique mais diagnostic.

#### TRAITEMENT CHIRURGICAL.

C'est ce traitement que nous avons appliqué dans les 20 observations que nous rapportons. Il consiste, soit à écraser l'amygdale pharyngée avec le doigt, c'est le toucher appuyé de RENDU, soit dans l'ablation chirurgicale du tissu lymphoïde du cavum.

##### *Toucher appuyé de RENDU*

C'est le toucher naso-pharyngien préconisé par RENDU et qui consiste à aller écraser avec un doigt la masse amygdalienne qui siège dans le cavum.

Nous rapportons 3 observations publiées par RENDU (12, 13, 14).

Pour notre part, nous n'avons pratiqué qu'une fois le toucher appuyé, ainsi que le relate notre observation n° 19. Son effet fut presque immédiat, il s'est produit une chute de température, une reprise de poids. Mais devant une nouvelle poussée d'adénoïdite, nous avons fait l'ablation de l'amygdale pharyngée.

Aussi faisant nôtre l'opinion de JACQUES, de Nancy : « Le curettage chirurgical n'est-il pas plus décisif que la simple expression digitale de l'amygdale pharyngée infectée ? » nous répondons oui, puisque jusqu'ici aucun de nos nourrissons opérés n'a eu besoin d'être réopéré et ne présente plus rien du côté de ses oreilles.

#### *Ablation chirurgicale*

Nous pratiquons l'ablation de l'amygdale pharyngée avec la pince à cavum de MOURÉ.

Nous n'anesthésions pas le nourrisson et, dès l'acte chirurgical accompli, nous faisons basculer la tête de l'enfant en avant pour éviter la pénétration du sang dans le larynx. Ainsi avons-nous procédé avec les 17 enfants dont nous rapportons les observations et qui sont tous en parfaite santé.

Chez un de ces nourrissons, nous sommes intervenus en pleine poussée aiguë (observation n° 20) alors que le diagnostic était hésitant. Grâce à notre coup de curette qui fit tomber deux jours après la température à la normale, nous avons pu affirmer que l'en-

fant faisait une poussée d'adénoïdite. On voit donc l'utilité de cette ablation chirurgicale de l'amygdale pharyngée tant au point de vue diagnostic qu'au point de vue thérapeutique.

Cet avis ne semble-t-il pas être aussi l'avis du professeur LEMAITRE et ce, dès 1936, puisqu'on peut lire dans un article du *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, ces quelques lignes très suggestives sous la plume de BIZE : « Le professeur LEMAITRE m'écrivait récemment à propos d'une malade que je lui adressais à l'hôpital Saint-Louis, une lettre dont je détache le passage suivant : « Mon chef de Clinique, après que les végétations de ta petite protégée furent enlevées, a trouvé une grande amélioration du côté de la mastoïdite, et nous espérons que sa mastoïde ne sera pas enlevée (une fois de plus...) ».

Plus grand sera encore l'intérêt de ce véritable test thérapeutique lorsqu'on aura affaire à un nourrisson présentant une rhino-pharyngite compliquée.

### III. - TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Le plus souvent, on est en présence, ainsi que le prouvent nos observations, d'un nourrisson dont plusieurs appareils sont atteints : il y a une otite et présence, en même temps d'un syndrome cholériforme.

Si c'est un syndrome cholériforme grave d'évolution précoce et rapide, il apparaît d'emblée dès le début de l'adénoïdite et de l'otite malgré la thérapeutique, qu'elle soit nasale ou otitique. Ce sont de

grands malades qui meurent le plus souvent de septicémie.

Dans le syndrome cholériforme grave d'évolution tardif, celui qui apparaît 15, 20 jours, quelquefois plus, après le début de l'otite, nous sommes persuadés qu'un nettoyage précoce du cavum évite ces accidents. Et là, l'évolution de l'otite est intéressante à suivre.

Si, au début de l'otite, une paracentèse est pratiquée, l'oreille coule, mais l'état général s'améliore peu, la fièvre persiste légère, l'enfant ne perd pas de poids mais n'en prend pas. Il a quelquefois des vomissements, parfois un peu de diarrhée.

Après une semaine d'observations, quand on a la preuve que l'otite ne guérira pas seule, l'ablation des végétations s'impose.

Si l'otite paracentèse guérit en quelques jours et que tous les signes généraux s'amendent en même temps et que 8 à 10 jours après il y a récurrence, qu'une nouvelle paracentèse devienne nécessaire, il y a intérêt à faire en même temps, le curettage du cavum. Ainsi, on évite la série des paracentèses et aussi le syndrome cholériforme secondaire. En tout cas, le curettage sert à la fois de test diagnostique, car si après l'ablation des végétations les phénomènes généraux persistent ou s'aggravent, il est toujours temps d'agir sur les oreilles.

Ce traitement sera d'autant plus précocement établi que l'enfant sera chétif, malingre, taré. N'a-t-on pas, d'ailleurs, remarqué que ce sont chez ces nour-

rissons que les otites du nourrisson étaient plus fréquentes et que c'est justement chez eux, plus particulièrement chez les hérédosyphilitiques, que l'on trouve les plus volumineux paquets de végétations. Aussi comprenons-nous pourquoi il faut agir le plus précocement possible sur le cavum.

C'est ce que nous avons fait dans le service de l'Hôtel-Dieu. Ce traitement chirurgical qui ne provoque généralement pas de choc sensible même lorsqu'il est fait en période aiguë, a amené la guérison de 18 nourrissons.



## OBSERVATIONS

*Ainsi que dans toute infection du nourrisson, nous avons étudié au cours de ces 20 observations :*

- *la température (T.);*
- *le poids (P.);*
- *les troubles digestifs (D.);*
- *les examens d'oto-rhino-laryngologie (O.R.L.).*

### OBSERVATION N° I

LER... (Ch.), âgée de 4 à 10 mois, entre à la Crèche le 30 avril 1942. Elle y a été hospitalisée plus de 8 mois pour état fébrile alternant avec otites, troubles digestifs, alors qu'un seul coup de curette a mis fin à tous ces maux.

Le 30 avril 1942 :

T. : 37°.

P. : 4 kg. 610.

D. : 2 selles.

Le 4 mai 1942 :

T. : légèrement oscillante entre 37° et 37°9, 37°8, 37°.

P. : 4 kg. 810.

D. : 2 selles.

Prélèvement nasal —.

B. W. —.

Le 9 mai 1942 :

T.:  $38^{\circ}9-37^{\circ}8$  (la température a augmenté progressivement les jours précédents).

P.: 4 kg. 850, en légère baisse sur la veille.

D.: rien.

Le 11 mai 1942:

T.: toujours oscillante entre  $38^{\circ}9$  et  $37^{\circ}8$ .

P.: en baisse progressive: 4 kg. 710.

D.: 2 selles.

Prélèvement nasal —.

C. R. —.

P. L. —.

O.R.L. —. O. G., paracentèse: pus.

O. D. — rien.

Le 15 mai 1942:

T.:  $37^{\circ}3-37^{\circ}$ .

P.: stationnaire aux environs de 4 kg. 600.

D.: 2 selles.

O.R.L. —. O.G., paracentèse: pus.

Le 18 mai 1942:

T.:  $37^{\circ}4-37^{\circ}$ .

P.: 4 kg. 640.

D.: 2 selles.

O.R.L.: —. O.G., paracentèse: pus.

Le 20 mai 1942:

T.:  $37^{\circ}3-37^{\circ}$ .

P.: 4 kg. 600.

D.: 3 selles.

O.R.L.: à surveiller.

Le 22 mai 1942:

T.: 37°2-37°.

P.: stationnaire, 4 kg. 610.

D.: 2 selles.

O.R.L.: O.D., paracentèse: pus.

O.G. — rien.

Le 25 mai 1942:

T.: 37°6-37°.

P.: 4 kg. 520.

D.: 2 selles.

O.R.L.: amélioration.

Le 27 mai 1942:

T.: 37°5-37°1.

P.: 4 kg. 490.

O.R.L.: O.D., paracentèse: rien.

O.G.: — rien.

Le 29 mai 1942:

T.: 37°3-37°.

P.: 4 kg. 510.

D.: 2 selles.

O.R.L.: tympan infiltrés en arrière.

Le 1<sup>er</sup> juin 1942:

T.: légèrement fébrile depuis le 30, avec température oscillante entre 37°8-37°2.

P.: 4 kg. 580.

D.: 1 vomissement.

O.R.L.: O.D. à surveiller.

O.G. amélioration.

Le 3 juin 1942.

T.:  $37^{\circ}$ - $37^{\circ}2$ .

P.: augmentation progressive: 4 kg. 480.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

O.R.L.: à revoir.

Le 5 juin 1942:

T.:  $36^{\circ}9$ - $37^{\circ}$ .

P.: continue : 4 kg. 210.

D.: 2 selles.

O.R.L. pas d'indication opératoire.

Le 8 juin 1942:

T.:  $36^{\circ}9$ - $37^{\circ}$ .

P.: 4 kg. 230.

D.: 2 selles.

O.R.L.: tympan un peu rouges.

Du 9 juin au 20 juin 1942:

T.: sensiblement normale.

P.: progressivement pour atteindre 4 kg. 800 le 19.

D.: pas de troubles digestifs.

O.R.L.: bon aspect (le 12).

bon état (le 19).

Le 22 juin 1942: .

T.: oscillante depuis le 20, environ  $38^{\circ}6$  et  $37^{\circ}$ .

P.: en baisse légère, 4 kg. 825.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

O.R.L.: tympan un peu rouges en arrière.

Le 25 juin 1942.

T.:  $38^{\circ}$ - $37^{\circ}$ .

P.: 4 kg. 850.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

O.R.L.: —. O. G., paracentèse: rien.

Le 28 juin 1942:

T.: 37°8-37°.

P.: 4 kg. 925.

D.: 2 selles.

O.R.L.: bon aspect.

Le 3 juillet 1942:

T.: enfant fébrile depuis le 30 juin avec température variant entre 38°3 et 37°5.

P.: 4 kg. 875.

D.: 2 selles.

O.R.L.: rien de spécial.

Le 7 juillet 1942:

T.: oscillante entre 39° et 38°.

P.: stationnaire 4 kg. 950.

D.: 2 vomissements le 4, 1 vomissement le 5, 3 selles le 5 et 2 selles les autres jours.

O.R.L.: O.D., paracentèse: pus.

O.G. — pus.

Le 9 juillet 1942:

T.: 38°1-37°3.

P.: progressivement: 5 kg. 020.

(1) O.R.L.: écoulement bilatéral. — Bon aspect.

(2) D.: 1 vomissement, 2 selles.

Le 11 juillet 1942:

T.: 38°4-38°2.

P.: 5 kg. 100.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

O.R.L.: paracentèse: sérosité.

Le 16 juillet 1942:

T.: redevenue progressivement normale depuis paracentèse du 11: 37°.

P.: 5 kg. 150.

D.: 2 vomissements, 2 selles.

O.R.L.: bon aspect.

Le 5 août 1942:

T.: état toujours fébrile. — Température oscillante toujours au-dessus de 37°, parfois poussée jusqu'à 38°5.

P.: variant entre 5 kg. 300 et 5 kg. 500.

O.R.L.: à revoir le 23; le 25: rien de spécial.

Prélèvement nasal —.

Le 20 août 1942:

T.: 39°2-38°4 depuis 2 jours.

P.: stationnaire après avoir subi une ascension progressive les jours précédents: 6 kg.-6 kg. 100.

D.: rien à signaler.

Prélèvement nasal.

O.R.L.: rien.

Le 5 septembre 1942:

T.: se maintient entre 38° et 39° depuis le 19 août 1942.

P.: stationnaire 6 kg. 190.

P.L.: liquide clair.

Séro-diagnostic —.

Numération globulaire.

O.R.L.: rien de spécial.

Le 15 septembre 1942:

T.: redevient normale vers le 6 septembre, mais le 12 remonte pour en arriver progressivement le 15 à 39°-38°9.

P.: 6 kg. 500.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

O.R.L.: examen négatif.

Le 21 septembre 1942:

T.: toujours oscillante depuis le 12 aux environs de 38°, mais toujours au-dessus de 37° (38°3-37°8).

P.: baisse un peu: 6 kg. 490.

D.: 2 selles.

O.R.L.: prélèvement nasal —.

Le 29 septembre 1942:

T.: toujours oscillante entre 37°5 et 38°.

P.: en baisse progressive: 6 kg. 100.

D.: 2 selles.

O.R.L.: O.G., paracentèse: pus.

Le 6 octobre 1942:

T.: malgré paracentèse du 29 septembre, la température se maintient aux environs de 38° (38°1-37°3).

P.: oscille aux environs de 6 kg.

D.: rien.

O.R.L.: — paracentèse: pus.

Le 2 novembre 1942:

T.: 37°1-37°.

P.: 6 kg. 600.

O.R.L.: rien de spécial.

Le 3 novembre 1942:

T.: l'enfant est redevenu un peu fébrile depuis le 31 octobre, oscillant entre 37°8 et 37°3.

P.: stationnaire autour de 6 kg. 700.

D.: rien.

O.R.L.: bon aspect.

Le 17 novembre 1942:

T.: depuis le 31 octobre, enfant fébrile, mais la température remonte peu à peu pour atteindre 39°9 et 39°2, le 16, en se maintenant le 17.

P.: 6 kg. 900, en légère augmentation.

D.: 2 selles.

O.R.L. — O.D., paracentèse: sérosité.

Le 24 novembre 1942:

T.: malgré la paracentèse du 17, la température a baissé légèrement jusqu'à 38° le 20, mais remonte à 40°1-38°3 le 24.

P.: remonte légèrement: 6 kg. 910.

D.: rien.

O.R.L.: O.D., paracentèse: pus.

Le 26 novembre 1942:

T.: se maintient presque en plateau à 40°-39°8.

P.: baisse légèrement: 6 kg. 950.

D.: rien.

O.R.L.: tympanes rouges.

Le 28 novembre 1942:

T.: toujours élevée à 40° et plus.

P.: 6 kg. 800.

D.: rien.

P.L.: liquide clair.

O.R.L.: O.D., paracentèse: pus.

O.G. — pus.

Le 1<sup>er</sup> décembre 1942:

T.: se maintient à 40°8.

P.: 6 kg. 650.

D.: rien.

O.R.L.: antrotomie bilatérale (Dr RELIQUET).

O.D.,: rien.

O.G., pus et prélèvement : culture pure et discrète d'un staphylocoque doré.

Le 4 décembre 1942:

T.: redevenue normale (37°1-36°8).

P.: remonte un peu: 6 kg. 650.

O.R.L.; rien.

Le 7 décembre 1942:

T.: remonte depuis la veille à 39°5.

P.: 6 kg. 900.

D.: rien.

O.R.L.: L'état des oreilles ne peut expliquer la température.

Le 17 décembre 1942:

T.: oscillante depuis l'antrotomie avec vastes poussées jusqu'à 40°9 le 15.

P.: tombe par grandes oscillations, le 15: 6 kg. 550.

D.: rien.

La température semblant tomber le 17, à cette date est de 39°, curettage de végétations adénoïdes (Dr VIEL).

Le 26 décembre 1942:

T.: normale depuis le curettage.

P.: commence à remonter: 6 kg. 650.

D.: rien.

O.R.L.: oreilles sèches. Retour à la crèche.

Le 3 janvier 1943:

Très bon état. Plus de température. Retour chez elle.

OBSERVATION N° II

DUF. (Ch.), âgé de 9 mois, entre à la crèche le 19 novembre 1942. A présenté des crochets de température avec otite, qui ont cédé au simple coup de curette.

Le 19 novembre 1942:

T.: 37°5.

P.: 6 kg. 010.

Le 21 novembre 1942:

T.: 37°3-37°2.

P.: 6 kg.

D.: 1 vomissement.

O.R.L.: paracentèse bilatérale: pus.

Le 23 novembre 1942:

T.: 37°9-37°3.

P.: 6 kg. 050.

Prélèvement nasal —.

C.R. —.

Le 29 novembre 1942.

T.: 37°6-37°.

P.: 6 kg. 080.

D.: 1 vomissement.

O.R.L.: O.D., tympan normal.

O.G. — —

Le 25 novembre 1942:

T.:  $37^{\circ}5-37^{\circ}4$ .

P.: 6 kg. 030.

D.: 3 vomissements.

O.R.L.: O.D., tympan normal.

O.G., paracentèse: un peu de pus.

Le 1<sup>er</sup> décembre 1942:

T.: enfant toujours subfébrile entre  $37^{\circ}9$  et  $38^{\circ}$ .

P.: stationnaire: 6 kg. 100.

D.: en moyenne 1 à 2 vomissements par jour.

O.R.L.: écoulement normal des deux côtés.

Le 3 décembre 1942:

T.:  $37^{\circ}2-37^{\circ}$ .

P.: régulièrement le 2: 6 kg. 175.

le 3: 6 kg. 275.

le 4: 6 kg. 325.

D.: rien.

O.R.L.: tympan rouges à revoir.

Le 5 décembre 1942:

T.:  $37^{\circ}5-37^{\circ}5$ .

P.: il remonte: 6 kg. 400.

D.: 1 vomissement.

O.R.L.: bon aspect.

Le 9 décembre 1942:

T.: sensiblement normale jusqu'à  $37^{\circ}5-37^{\circ}$ .

P.: 6 kg. 575.

O.R.L.: O.G., tympan normal.

O.D., écoulement.

O.R.L.: O.G., tympan normal.

Le 14 décembre 1942:

T.: elle remonte progressivement chaque jour pour atteindre 39°.

P.: Il baisse régulièrement jusqu'à 6 kg. 350.

Le 17 décembre 1942:

T.: est redevenue normale.

P.: stationnaire aux environs de 6 kg. 400.

Le 19 décembre 1942:

T.: est remontée à 39°.

P.: 6 kg. 320.

Le 21 décembre 1942:

T.: oscille aux environs de 37°3-37°.

P.: 6 kg. 400 puis tombe à 6 kg. 200 (bronchite).

Le 26 décembre 1942:

Ablation de végétations adénoïdes (Dr BARON), depuis ce temps:

T.: normale.

P.: remonte de 6 kg. 200 à 6 kg. 400 progressivement.

Repasse à la crèche le 20-1-43 alors que l'enfant n'a fait aucune poussée de température depuis curetage de végétations adénoïdes et que le poids a augmenté régulièrement peu à peu.

#### OBSERVATION N° III

FER... (Marcel), âgé de 9 mois et demi, entre le 12 janvier 1943 à l'Hôtel-Dieu. A présenté un syndrome auriculaire dont le coup de curette a amené une guérison rapide.

Le 12 janvier 1943.

T.: 39°5.

P.: 9 kg. 175.

Le 13 janvier 1943:

T.: 38°5-38°1.

P.: 9 kg. 250.

D.: 2 vomissement.

Prélèvement nasal —.

Le 14 janvier 1943:

T.: 37°7-38°1.

P.: 9 kg. 300.

D.: 1 vomissement.

O.R.L.: paracentèse bilatérale: pus.

Le 16 janvier 1943:

T.: 37°7-37°2.

P.: rien.

D.: 1 vomissement.

O.R.L.: écoulement abondant des deux côtés.

Le 19 janvier 1943:

T.: depuis aux environs de 39°.

P.: 8 kg. 900.

Le 21 janvier 1943:

T.: 38°8-38°6.

P.: 8 kg. 010.

O.R.L.: O.G., paracentèse: pus.

O.D., tympan rouge, à surveiller.

Le 23 janvier 1943.

T.: 37°8-37°5.

P.: 9 kg. 100.

O.R.L.: paracentèse bilatérale: pus.

Le 27 janvier 1943:

T.: après avoir été normale jusqu'au 25, elle remonte jusqu'à  $38^{\circ}6-39^{\circ}4$ .

P.: 8 kg. 980.

O.R.L.: O.G., tympan légèrement bombé, à la partie inférieure.

O.D., rien.

Cavum très rouge.

Nez: muco-pus très abondant.

Le 29 janvier 1943:

T.: se maintient à  $38^{\circ}5-39^{\circ}$ .

P.: 8 kg. 850.

O.R.L.: O.D., tympan            mais normal.

O.G., —            —            —

Pharyngite très accusée.

Curettage de végétations adénoïdes (Dr BARON):  
gros paquet contenant un pus abondant.

Le 3 février 1943:

La température est tombée régulièrement en échelon après l'opération:

le 30:  $38^{\circ}-38^{\circ}$ .

le 31:  $37^{\circ}6-37^{\circ}7$ .

P.: se maintient aux environs de 8 kg. 900, puis:

le 1-2-43 augmente: 9 kg. 050.

le 2-2-43            —            9 kg. 250.

le 3-2- 3            —            9 kg. 280.

O.R.L.: O.D., écoulement muqueux à surveiller.

O.G., sèche.

Le 4 février 1943:

T.: normale.

P.: 9 kg. 150.

O.R.L. O.D., écoulement beaucoup moins abondant: l'oreille se nettoie

Le 5 février 1943:

T.: 38°3-37°1.

P.: 9 kg. 050.

O.R.L.: O.D., écoulement moins abondant.

Le 10 février 1943:

T.: 36°9-37°.

P.: 9 kg. 200.

O.R.L.: en bonne voie de guérison.

Le 12 février 1943:

T.: 37°-37°2.

P.: 9 kg. 125.

O.R.L.: O.D. guérie.

Sorti guéri le 13 février 1943.

#### OBSERVATION N° IV

BES... (Michel), âgé de 2 mois, arrive à la crèche le 15 janvier 1943. A présenté des otites avec troubles de l'état général qui ont été guéris par l'ablation des végétations adénoïdes.

Le 15 janvier 1943:

T.: 37°5.

P.: 3 kg. 400.

Le 16 janvier 1943:

T.:  $37^{\circ}3-37^{\circ}2$ .

P.: 3 kg. 490.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

Prélèvement nasal —.

O.R.L.: paracentèse: pus.

Le 19 janvier 1943:

T.: malgré paracentèse enfant reste subfébrile:  
 $37^{\circ}5-37^{\circ}2$ .

P.: 3 kg. 450.

D.: 2 selles.

O.R.L.: O.D., tympan rouge et infiltré à revoir.

Le 21 janvier 1943:

T.:  $37^{\circ}9-36^{\circ}9$ .

P.: 3 kg. 525.

D.: 2 selles.

O.R.L.: O.D., tympan rouge en bon état

Le 23 janvier 1943:

T.: elle remonte:  $38^{\circ}5-38^{\circ}2$ .

P.: 3 kg. 580.

D.: 2 selles.

O.R.L.: paracentèse: pus abondant.

Le 27 janvier 1943:

T.:  $37^{\circ}-36^{\circ}9$ .

P.: régulièrement: 3 kg. 500.

D.: rien, 2 selles.

O.R.L.: O.G., liquide.

O.D., rien.

Cavum très rouge —.

Le 29 janvier 1943:

T.: 37°-37°3.

P.: régulièrement: 3 kg. 450.

D.: 2 selles.

O.R.L.: OG., sèche.

O.D. —

Cavum: rouge. — Pus dans le nez.

Ablation de végétations adénoïdes (Dr BARON), très gros paquet.

Le 1<sup>er</sup> février 1943:

T.: 36°9-36°8.

P.: 3 kg. 530.

D.: rien.

Le 3 février 1943:

T.: 36°9-36°8.

P.: 3 kg. 560.

D.: rien.

O.R.L.: O.G., oreille sèche, tympan normal.

O.D. — — — —

Le 5 février 1943:

T.: 36°8.

P.: 5 kg. 610.

D.: rien.

#### OBSERVATION N° V

MEN... (Claude), âgé de 9 mois, entre le 16 janvier 1943.

A présenté une infection pulmonaire, puis une infection auriculaire dues à un cavum infecté. Tout a été guéri par le curettage du cavum.

Le 16 janvier 1943.

T.: 37°1.

P.: 7 kg. 255.

D.: rien.

Le 17 janvier 1943:

T.: 39°4-38°5, puis retombe progressivement à la normale.

D.: rien, 2 selles.

Enfant suspect d'infection pulmonaire. On fait : oxygène, solucamphre, thiazomide, 1 gr. 50, digitaline.

Prélèvement nasal —

Le 19 janvier 1943:

T.: 37°9-37°3.

P.: 7 kg. 250.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

O.R.L.: paracentèse bilatérale: pus.

Le 21 janvier 1943:

T.: 37°7-37°5.

P.: 7 kg. 325.

D.: 2 selles.

O.R.L.: écoulement des deux côtés.

L'enfant reste subfébrile (37°3-37°5).

Le 23 janvier 1943:

T.: 37°-36°9.

P.: 7 kg. 450.

D.: 2 selles.

O.R.L.: O.D., bon aspect.

O.G., écoulement abondant.

Le 26 janvier 1943:

T.: 37°8-37°9.

D.: 2 selles.

O.R.L.: bon aspect des deux côtés.

Le 28 janvier 1943:

T.: 37°1-37°5.

P.: 7 kg. 400.

D.: 2 selles.

O.R.L.: paracentèse: pus.

Le 1<sup>er</sup> février 1943:

T.: 37°1-37°2.

P.: 7 kg. 350.

D.: 2 selles.

O.R.L.: O.D. et O.G. tympans un peu infiltrés et très légèrement rosés. Ablation de végétations adénoïdes (Dr VIEL): petit paquet.

Le 3 février 1943:

T.: 36°8-37°.

P.: 7 kg. 350.

D.: 2 selles.

O.R.L.: O.D., oreille sèche, tympan normal.

O.G. — — — —

A partir de cette date, le poids augmente régulièrement malgré un peu de furonculose.

le 5-2-43, P.: 7 kg. 350.

le 6-2-43, P.: 7 kg. 375.

le 8-2-43, P.: 7 kg. 410.

le 9-2-43, P.: 7 kg. 500.

le 11-2-43, P.: 7 kg. 550.

le 13-2-43, P.: 7 kg. 600

le 15-2-43, P.: 7 kg. 650.

D.: rien.

Sorti guéri le 16-2-43.

#### OBSERVATION N° VI

LÈE.. (Joël), âgé de 11 mois, entre à la crèche le 18 janvier 1943. A présenté des troubles digestifs avec chute de poids, que l'ablation des végétations adénoïdes a fait disparaître.

Le 18 janvier 1943:

T.: 37°.

P.: 7 kg. 710.

D.: 1 selle.

Régime normal.

Fait révulsion et désinfection rhino-pharyngée.  
Solucamphre.

Le 19 janvier 1943.

T.: le matin: 38°3 et le soir: 39°4.

D.: 2 selles.

Prélèvement négatif - Révulsion - Désinfection  
rhino-pharyngée.

O.R.L.: paracentèse: pus.

Le 21 janvier 1943:

T.: 37°5-37°.

P.: 7 kg. 900.

D.: 2 selles, 1 vomissement.

O.R.L.: bon aspect.

Thiazomide - Révulsion - Désinfection.

Le 23 janvier 1943:

T.: remonte à 37°8; la veille: 37°5-37°6.

P.: 8 kg. 050.

D.: 2 selles.

O.R.L.: (à revoir).

Le 26 janvier 1943:

T.: elle est retombée brusquement à normale: 36°9-37°6.

D.: 2 selles.

O.R.L.: amélioration.

Le 28 janvier 1943:

T.: 36°8-36°8.

P.: 7 kg. 950.

D.: 4 selles.

Le 30 janvier 1943:

T.: 37°5-37°.

P.: 7 kg. 750.

D.: 3 selles, 1 vomissement.

O.R.L.: paracentèse O.G., un peu de sérosité.

C.R.—.

Le 3 Février 1943:

T.: l'enfant fait une légère température oscillante entre 37°9-37°, depuis le 1<sup>er</sup>-2-43.

P.: le 31: 7 kg. 450.

le 1<sup>er</sup>: 7 kg. 400.

le 2 : 7 kg. 360.

D.: 1 vomissement le 31.

3 selles.

O.R.L.: O.G., sérosité peu abondante - tympan rouge et épais.

O.D., pus par perforation entre:

Cavum: végétations adénoïdes - Coup de  
curette (Dr BARON).

Paquets de végétations adénoïdes moyens  
mais mous.

Le 5 février 1943:

T.: 36°9-36°7.

P.: 7 kg. 600.

D.: 2 selles.

O.R.L.: O.G., léger écoulement - tympan reprend  
son aspect normal.

O.D., léger écoulement - tympan reprend  
son aspect normal.

Le 6 février 1943:

T.: 36°9.

D.: rien.

O.R.L.: O.G., plus d'écoulement.

O.D., — —

#### OBSERVATION N° VII

Pou... (Louis), âgé de 10 mois, entre le 2 février 1943.

A présenté une chute marquée de poids avec une  
infection sévère. Tout a cédé au coup de curette  
dans le cavum.

Le 2 février 1943:

T.: 38°9.

P.: 6 kg. 840.

D.: rien.

C.R. —.

Le 3 février 1943:

T.:  $39^{\circ}3-38^{\circ}2$ .

Prélèvement nasal —.

Le 4 février 1943:

T.:  $38^{\circ}2-37^{\circ}9$ .

O.R.L.: paracentèse bilatérale: pus abondant.

Le 6 février 1943:

T.: malgré paracentèse, la température est de :  
 $37^{\circ}5-37^{\circ}9$  subfébrile.

P.: 6 kg. 600.

D.: rien.

O.R.L.: Paracentèse gauche: pus.

Prélèvement oculaire.

Le 10 février 1943:

T.: oscillante depuis 2 jours entre  $39^{\circ}$  et  $37^{\circ}6$ .

P.: 6 kg. 525.

D.: rien.

O.R.L.: O.D. et O.G.: bon état local.

Le 11 février 1943:

T.:  $37^{\circ}3-37^{\circ}9$ .

P.: 6 kg. 550.

D.: rien.

O.R.L.: O.G. tympan reste bombé en arrière - paracentèse: pus filant.

OD., tympan moins bombé, petite saillie au point déclive.

Le 12 février 1943:

T.: 38°6-38°8.

P.: 6 kg. 350.

D.: rien.

O.R.L.: O.G., pus reste muqueux, aéré mais très abondant. Effacement de l'angle rétro-tympanique.

O.D., pus un peu aéré mais aussi épais; l'effacement rétro - tympanique reste moins marqué. Pas de réaction mastoïdienne, pas d'adénopathie. Actuellement, l'écoulement reste rhino-pharyngien. Ablation de végétations adénoïdes.

Le 13 février 1943.

T.: 38°8-38°5.

P.: 6 kg. 200.

D.: rien.

O.R.L.: O.G., sèche.

O.D.,écoulement beaucoup moins marqué - tympan rouge mais moins fongueux qu'hier.

Le 14 février 1943:

T.: baisse progressivement: 37°6-38°.

P.: 6 kg. 475.

D.: rien.

O.R.L.: O.D.,écoulement très léger.

O.G.,normal.

Le 15 février 1943:

T.: peu à peu normale: 37°5-37°4.

P.: 6 kg. 750.

O.R.L.: guérison.

Le 17 février 1943:

T.: 36°9-37°.

P.: 6 kg. 825.

Le 18 février 1943:

T.: 37°.

P.: 6 kg. 950.

Le 23 février 1943:

Sorti guéri.

#### OBSERVATION N° VIII

LED... (Joël), âgé de 9 mois, entre à la crèche le 6 février 1943. A présenté des troubles digestifs dus à un cavum infecté, qui ont cédé à l'ablation des végétations adénoïdes.

Le 6 février 1943:

T.: 37°.

P.: 7 kg. 325.

D.: 1 selle.

Le 8 février 1943:

T.: se maintient depuis hier: 37°8-37°9.

P.: 7 kgs 355.

D.: 2 selles.

Prélèvement nasal —.

— pharyngé —.

Le 10 février 1943:

T.: 37°-37°3.

P.: 7 kg. 200.

D.: 2 vomissements, 2 selles.

Le 11 février 1943:

T.: 38°-37°5.

P.: 6 kg. 900.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

O.R.L., paracentèse D.: sérosité.

Le 13 février 1943:

T.: toujours subfébrile entre 37°8 et 37°5.

P.: 6 kg. 930.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

O.R.L.: bon état.

Le 16 février 1943:

T.: toujours subfébrile 38°3-37°5.

P.: 6 kg. 700.

D.: toujours 1 à 3 vomissements par jour, 2 selles.

O.R.L.: à revoir.

Le 18 février 1943:

Passage O.R.L. pour végétations adénoïdes.

T.: 37°9-37°1.

P.: 6 kg. 740.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

Le 19 février 1943:

T.: 37°8-37°4.

P.: 6 kg. 750.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

Le 20 février 1943:

T.: 37°5-37°8.

P.: 6 kg. 660.

D.: rien, 2 selles.

O.R.L.: tympanes rouges des 2 côtés - Ablation de végétations adénoïdes (Dr BARON).

Le 25 février 1943:

Sorti guéri de l'Hôtel-Dieu.

T.: normale.

P.: augmente régulièrement: le 22-2-43: 6 kg. 825

le 23-2-43: 6 kg. 850

le 24-2-43: 6 kg. 840

le 26-2-43: 7 kg.

D.: 2 selles et plus de vomissement.

#### OBSERVATION N° IX

PIN... (Eliane), âgée de 11 mois, entre à la crèche le 25 janvier 1943. A présenté des otites faisant déjà craindre l'antrite, avec des troubles digestifs. Tout est rentré dans l'ordre grâce au coup de curette.

Le 25 janvier 1943:

T.: 36°9.

P.: 6 kg. 900.

D.: rien.

Prélèvement nasal —.

Le 28 janvier 1943:

T.: jusque-là, normale, puis elle monte: 39°6-37°2.

P.: 6 kg. 910.

D.: rien.

O.R.L.: Paracentèse D: pus.

Le 30 janvier 1943:

T.: redescend par échelon: 37°8-37°.

P.: 6 kg. 710.

D.: rien.

O.R.L.: paracentèse G: peu de sérosité.

Le 3 février 1943:

T.: le 2 février 1943, brutalement: 39°5-38°9.

le 3 — — — 37°

P.: 6 kg. 550.

D.: 1 vomissement le 1-2-43.

1 — le 2-2-43.

O.R.L.: O.G., écoulement purulent, perforation postéro-supérieure, pus surtout pendant les cris.

O.D., tympan infiltré ; cavum : végétations adénoïdes - Coup de curette (Dr BARON), gros paquet de végétations adénoïdes.

Le 5 février 1943:

T.: 37°2-37°1.

P.: 6 kg. 600.

D.: 1 vomissement.

O.R.L.: écoulement muqueux - Tympan bon aspect - Pas de fongosité.

O.D., sèche.

Le 6 février 1943:

T.: 36°9.

P.: 6 kg. 515.

D.: rien.

O.R.L. : O.D. et O.G.: plus d'écoulement.

Le 9 février 1943:

Va bien.

Passage contagieux pour varicelle.

OBSERVATION X

JAH... (André), âgé de 4 mois, entre à la Crèche pour abcès sous-cutané le 24 mars 1943. A présenté un syndrome auriculaire qui a été rapporté à une antrite bilatérale. Malgré l'antrotomie, l'enfant est décédé rapidement, alors qu'un coup de curette précoce aurait guéri l'enfant.

Le 24 mars 1943:

T.: 39°5.

P.: 3 kg. 420.

D.: 1 selle.

Prélèvement nasal —.

Le 25 mars 1943:

T.: 37°2.

P.: 3 kg. 370.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

O.R.L.: tympans normaux.

Le 26 mars 1943:

T.: 38°1-39°6.

P.: 3 kg. 380.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

Le 27 mars 1943:

T.: 38°8-38°.

P.: 3 kg. 410.

D.: 3 selles, 2 selles.

O.R.L.: tympans rouges.

Le 29 mars 1943:

T.: 37°5-38°2.

P.: 3 kg. 445.

D.: 3 selles.

O.R.L.: O.G., paracentèse: sérosité.

O.D.

Le 1<sup>er</sup> avril 1943:

T.: 37°2-38°8.

P. 3 kg. 500.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

O.R.L.: bon aspect.

Le 2 avril 1943:

T.: 36°5-38°9.

P.: 3 kg. 500.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

Le 3 avril 1943:

T.: 37°1.

P.: 3 kg. 350.

D.: 3 selles.

O.R.L.: antrotomie bilatérale (Dr RELIQUET), lésions d'ostéite antrale et péri-antrale. Prélèvement du pus: culture stérile.

Le 4 avril 1943:

T.: 38°5-38°2.

P.: 3 kg. 290.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

Le 5 avril 1943:

T.: 39°-40°3.

P.: 3 kg. 150.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

Le 6 avril 1943:

T.: 38°-38°1.

P.: 3 kgs.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

Le 7 avril 1943:

T.: 40°9.

Décédé (broncho-pneumonie).

*Autopsie.* — Poumons: lésions broncho-pneumoniques très nettes, surtout à la base droite.

#### OBSERVATION XI

SAUG... (Michel), âgé de 6 mois, entre à la Crèche le 25 mars 1943. A présenté des troubles digestifs importants, ainsi que des troubles généraux marqués qui n'ont pas cédé à l'antrotomie bilatérale, car le point de départ était dans le cavum, ainsi que le démontra la broncho-pneumonie terminale.

Depuis 3 jours, température à 40°-41°; vomissements, toux, écoulement nasal.

A l'entrée:

T.: 38°.

P.: 6 kg. 875.

O.G.: tympan légèrement rose.

O.D.: triangle lumineux disparu des deux côtés. Paracentèse bilatérale: pus. Passage salle 16.

Le 26 mars 1943:

T.: 38°5-38°6.

D.: 2 selles.

O.R.L.: bon aspect.

Le 27 mars 1943:

T.: 38°-38°5.

P.: 6 kg. 850.

D.: 2 selles.

O.R.L.: en bonne voie d'amélioration.

Le 29 mars 1943:

T.: 38°5-38°8.

P.: 6 kg. 820.

D.: 3 selles.

O.R.L.: guérison.

Le 30 mars 1943:

T.: 38°2-37°9.

P.: 6 kg. 700.

D.: 3 selles, diarrhée; 2 vomissements (eau de riz).

Cuti —.

O.R.L.: bon état local.

Le 31 mars 1943:

T.: 38°7-38°3.

P.: 6 kg. 425.

D.: 4 selles vertes, 3 vomissements.

O.R.L.: guérison.

Le 1<sup>er</sup> avril 1943:

T.: 38°1-40°.

P.: 6 kg. 080.

D.: 4 selles vertes, 2 vomissements.

O.R.L.: tympan absolument normaux. Antrotomie  
(D<sup>r</sup> BARON): antre absolument normal, pas de  
pus, pas de fongosités, antre très ouvert, pas  
d'ostéite.

Le soir de l'opération, la température remonte.

Décédé le 2 avril 1943.

T.: 38°5.

P.: 5 kg. 900.

D.: 2 vomissements, 4 selles.

Donc, enfant opéré parce que :

T.: 40°.

P.: il baisse de 800 grammes en 4 jours.

D.: plusieurs vomissements par jour, plusieurs selles diarrhéiques vertes.

O.R.L.: tympans absolument normaux.

*Autopsie:* lésions nettes de broncho-pneumonies bilatérales.

#### OBSERVATION XII (D<sup>r</sup> RENDU)

Adénoïdite aiguë compliquée d'otite.

Persistance de la fièvre après paracentèse.

Toucher rhino-pharyngien au 7<sup>e</sup> jour de la maladie.

Défervescence immédiate.

L'enfant Martine B..., âgée de 9 mois, est soignée par le docteur B..., pédiatre, pour une température à grandes oscillations (38° à 41°) qui dure depuis cinq jours et qui paraît d'origine rhino-pharyngée. Le médecin traitant s'étant absenté, je suis appelé à domicile le dimanche 27 janvier 1935 : la température atteint 40°5. Les tympans sont rouges, sans points de repère; une ponction aspiratrice m'ayant montré la présence de pus franc à droite et de sérosité roussâtre à gauche, je fais une paracentèse bilatérale immédiate.

Après une courte ébauche de défervescence, la température remonte et se maintient entre 39° et 40°. Je fais, 48 heures après la paracentèse, un toucher rhino-pharyngien appuyé qui fait tomber la fièvre à 37° en 36 heures. L'asphyxie s'est maintenue depuis, l'écoulement d'oreille s'est arrêté au bout de 2 à 3 semaines. Je conseille une adénectomie, qui est différée en raison de la maladie de la mère.

OBSERVATION XIII (D<sup>r</sup> RENDU)

Adénoïdite aiguë prolongée, coexistant avec une otite.  
Paracentèse. Persistance de la fièvre.

Toucher rhino-pharyngien: défervescence en 24 heures au 15<sup>e</sup> jour de la maladie.

L'enfant CHU..., âgée de 20 mois, qui a déjà eu 3 mois auparavant un épisode fébrile d'origine adénoïdienne (15 jours de fièvre à grandes oscillations), retombe malade le 13 avril 1927 (fièvre, enchiffrement, inappétence, léger torticolis). Le médecin traitant (D<sup>r</sup> BUISSON) pensant à une otite, me fait appeler le 21 avril. Rougeur tympanique à droite, liquide séro-purulent à la ponction aspiratrice: paracentèse immédiate.

26 avril: l'oreille coule depuis la paracentèse; la température, nullement modifiée, continue à osciller entre 37°5 et 39°5. Il n'y a ni phénomène de rétention, ni signes mastoïdiens, ni apparition d'otite du côté opposé. Par contre, on note des adénites cervicales douloureuses et de la gêne respiratoire nasale. Je pratique un toucher rhino-pharyngien appuyé: défervescence complète et définitive en 36 heures. L'écoulement d'oreille ne disparaît complètement qu'après l'adénoïdectomie, pratiquée un mois après.

OBSERVATION XIV (D<sup>r</sup> RENDU)

Adénoïdite aiguë prolongée, compliquée d'otite.

Fièvre persistante malgré trois paracentèses successives.

Toucher rhino-pharyngien appuyé au 20<sup>e</sup> jour de l'otite.

Arrêt brusque de la fièvre.

L'enfant P..., qui a déjà eu deux otites à l'âge de un an et de 18 mois, en contracte une troisième à l'âge de 21 mois (avril 1934). Trois paracentèses sont pratiquées en 13 jours: la température reste élevée, le tympan bombé, la mastoïde est peu sensible. La désinfection nasale et le traitement par vaccin sont inefficaces.

Au 15° jour, la fièvre jusque-là en plateau prend le type septicémique à grandes oscillations; l'état général devient inquiétant. Le médecin de la famille pencherait pour une intervention mastoïdienne. Le docteur LEROUX, frappé par l'abondance du muco-pus rhino-pharyngé, pense plutôt à une fièvre d'origine adénoïdienne et fait au 20° jour de l'otite un toucher rhino-pharyngien appuyé. La fièvre à oscillations, qui durait depuis six jours, s'arrête net et retombe à 37° en un jour et demi.

Ablation des végétations au 27° jour; disparition de l'otorrhée au cours de la semaine suivante.

OBSERVATION XV

CH... (Serge), âgé de 4 mois, entre à la Crèche le 26 octobre 1942. A présenté des otites; a même été opéré d'antrite bilatérale qui, opérées, n'ont pas amené la guérison. Celle-ci ne fut due qu'à un coup de curette.

Le 26 octobre 1942:

T.: 37°5.

P.: 5 kg. 825.

D.: 2 selles.

Prélèvement nasal —.

Le 7 novembre 1942:

T.: 37°-37°4.

P.: 5 kg. 800.

D.: 2 selles.

O.R.L.: négative.

Le 16 novembre 1942:

T.: 39°-38°5 depuis le 14.

P.: tombe brutalement à 5 kg. 100.

D.: 1 à 3 vomissements tous les jours depuis  
3 jours.

Prélèvement nasal —.

O.R.L.: rien.

Ponction d'antré bilatérale —.

Examen général —.

Le 17 novembre 1942:

T.: 40°-39°5.

P.: 5 kg. 125.

D.: 3 vomissements, 2 selles.

O.R.L.: O.G., paracentèse: pus.

O.D. — »

Le 19 novembre 1942:

T.: elle se maintient à 40°.

P.: 5 kg. 350.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

O.R.L.: à surveiller.

Le 21 novembre 1942:

T.: 40°2-39°5.

P.: 5 kg. 300.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

O.R.L.: O.G., paracentèse: pus.

O.D. — »

Le 26 novembre 1942:

T.: 39°-38°5.

P.: il baisse progressivement: 5 kg. 100.

D.: 2 selles.

O.R.L.: O.D., paracentèse: pus abondant.

O.G. — » »

Le 27 novembre 1942:

Passage salle 16, devant la température persistante à 38°5.

P.: 5 kg. 050.

D.: 2 selles, pas de vomissement.

Antrotomie bilatérale (docteur VIEL). Lésions nettes avec nombreuses fongosités; faible épaisseur de la corticale, qui se déprime au doigt.

Prélèvement de pus à droite: culture stérile.

Le 30 novembre 1942:

T.: 38°5.

P.: il remonte à 5 kg. 125.

D.: rien.

O.G.: la peau autour de la plaie est infiltrée et présente à sa surface des vésicules. La malade semble avoir très mal réagi à l'application de teinture d'ode.

O.D.: bon état.

Cuti —.

Le 19 décembre 1942:

T.: elle présente tous les 3 ou 4 jours un crochet à 38°5-38°9 pour redevenir normale.

P.: tombe progressivement à 4 kg. 675, mais après il remonte à 5 kg. 925 le 8.

O.R.L.: O.D., paracentèse: pus.

Le 20 décembre 1942:

Ablation de végétations adénoïdes (Dr BARON): gros  
paquet.

Le 22 décembre 1942:

Enfant fatigué. Continue à vomir.

T.: normale.

P.: stationnaire.

Le 24 décembre 1942:

T.: normale.

P.: augmente un peu: 4 kg. 600.

D.: rien.

Le 30 décembre 1942:

T.: normale.

P.: continue à augmenter progressivement. L'enfant  
prend bien un biberon sur deux.

Le 2 janvier 1943:

L'enfant va bien, il prend tous ses biberons et ne  
vomit plus.

T.: aucune.

P.: augmente régulièrement de poids: 4 kg. 900.

Le 5 janvier 1943:

Amélioration des lésions cutanées.

T.: normale.

P.: 4 kg. 975.

D.: rien.

Le 13 janvier 1943:

Sort en bon état.

Poids avant l'ablation des végétations adénoïdes :  
4 kg. 750.

» à la sortie: 5 kg. 050.

OBSERVATION XVI

ROB... (Michel), âgé de 7 mois, entre à la Crèche le 11 novembre 1942. A présenté le même syndrome que le précédent et malgré l'antrotomie bilatérale, l'état général continuait à périliter.

Le 11 novembre 1942:

T.: 37°5-36°9.

P.: 7 kg. 180.

D.: 1 selle.

Prélèvement nasal —.

Le 16 novembre 1942:

T.: continue à osciller entre 38° et 37°.

P.: 7 kgs.

D.: 3 selles.

O.R.L.: examen —.

Prélèvement nasal —.

Le 19 novembre 1942:

T.: 40°-38°5.

P.: 6 kg. 900.

D.: 4 vomissements, 3 selles.

O.R.L.: O.D., paracentèse: pus.

Le 21 novembre 1942:

T.: oscille entre 38°6 et 37°.

P.: il baisse: 6 kg. 700.

D.: 2 vomissements, 3 selles.

O.R.L.: à surveiller.

Le 5 décembre 1942:

T.: 38°-39°.

P.: 6 kg. 800.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

O.R.L.: O.D., paracentèse: pus.

Le 7 décembre 1942:

T.: 37°2-37°3.

P.: 6 kg. 750.

D.: 2 vomissements, 2 selles.

Le 11 décembre 1942:

T.: montant jusqu'à 40° le 9 se maintenant à 38°.

P.: stationnaire: 6 kg. 675.

D.: 3 selles.

Ablation des végétations adénoïdes (D<sup>r</sup> VIEL).

Jusqu'au 15 décembre 1942:

T.: normale.

P.: il remonte un peu: 6 kg. 850.

D.: rien.

Le 16 décembre 1942:

T.: 38°5-38°2.

P.: il baisse: 6 kg. 500.

O.R.L.: O.G., le tympan reste rouge avec écoulement muqueux.

O.D., *idem*.

Le 18 décembre 1942:

T.: 37°-37°2.

P.: 6 kg. 400.

O.R.L.: pus épais et verdâtre des deux côtés. Antrotomie bilatérale (D<sup>r</sup> VIEL). Corticales assez épaisses, fongosités dans les deux autres sans pus.

Depuis ce temps jusqu'au 14 janvier 1943:

T.: redevenue normale.

P.: progressivement pour atteindre 7 kg. 200; à la sortie, il remonte.

D.: 3 selles, 2 vomissements.

O.R.L.: O.D., paracentèse: pus.

O.G. — ,

Le 24 novembre 1942:

T.: oscille entre 38° et 37°.

P.: 6 kg. 500.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

O.R.L.: O.D., écoulement abondant.

O.G., tympan infiltré; paracentèse gauche:  
pus.

Le 26 novembre 1942:

T.: 38°1-37°6.

P.: 6 kg. 575.

D.: 2 vomissements, 3 selles.

O.R.L.: tympan infiltré des deux côtés, à surveiller.

Le 27 novembre 1942:

T.: 37°7-37°.

P.: 6 kg. 625.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

O.R.L.: à surveiller de très près.

Le 28 novembre 1942:

T.: 37°.

P.: 6 kg. 650.

D.: 1 vomissement, 2 selles.

O.R.L.: à revoir le surlendemain.

Le 30 novembre 1942:

T.: 38°-37°4.

P.: 6 kg. 675.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

O.R.L.: à surveiller; tympan infiltré des deux côtés.

Le 1<sup>er</sup> décembre 1942:

T.: 37°2-37°3.

P.: 6 kg. 625.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

O.R.L.: à surveiller; tympan infiltré des deux côtés.

Le 3 décembre 1942:

T.: 37°8-39°1.

P.: 6 kg. 750.

#### OBSERVATION N° XVII

MAIS... (Edith), âgée de 11 mois, entre à la Crèche médicale le 1<sup>er</sup> décembre 1942. A présenté un syndrome auriculaire qui a fait suspecter l'enfant d'antrite, mais dont le simple coup de curette a amené la guérison.

Le 1<sup>er</sup> décembre 1942:

Prélèvement négatif.

Le 9 décembre 1942:

O.R.L.: O.D., tympan normal.

O.G., paracentèse: pus.

Le 10 décembre 1942:

O.R.L.: tympan normal.

O.G., bon aspect.

Le 12 décembre 1942:

O.R.L.: tympan normal.

O.G., tympan rouge, à revoir.

Le 14 décembre 1942:

O.R.L.: paracentèse bilatérale.

Le 15 décembre 1942:

O.R.L.: écoulement abondant franchement purulent.

Le 19 décembre 1942:

O.G.: tympan légèrement bombé.

Paracentèse bilatérale: pus.

On suspecte le petit malade d'antrite.

Curettage des végétations adénoïdes (Dr BARON).

Le 26 décembre 1942:

Oreilles sèches. Tympons normaux.

Reparti à la crèche.

Au 26 janvier 1943:

L'enfant va très bien.

#### OBSERVATION N° XVIII

LEC... (Marie-Thérèse), âgée de 7 mois, entre à la Crèche.

C'est la même histoire que celle du malade précédent. Nourrisson suspect d'antrite et qu'un simple coup de curette du cavum guérit.

Le 31 mars 1943:

Otite bilatérale.

Le 7 avril 1943:

Paracentèse bilatérale: pus.

Le 9 avril 1943:

A surveiller.

Le 11 avril 1943:

O.D., paracentèse: sang.

Le 12 avril 1943:

Malade renvoyée de la crèche pour être suspecte d'antrite.

Le 14 avril 1943:

Oreilles sèches (Dr BARON).

Le 15 avril 1943:

Tympan un peu rouges.

Paracentèse bilatérale: sérosité (Dr BARON).

Le 16 avril 1943:

Etat à surveiller.

Le 18 avril 1943:

En voie de guérison.

Le 21 avril 1943:

O.G., paracentèse: pus.

O.D. — pus (Dr VIEL).

Le 29 avril 1943:

Retourne à la crèche sans opération.

Au 15 janvier 1943:

La malade va bien. Elle n'a plus d'ennuis avec ses oreilles.

#### OBSERVATION N° XIX

LERN... âgé de 8 mois.

Observation personnelle du Dr BARON:

Présente, en janvier 1943, un écoulement abondant, purulent, crémeux.

Mauvais état général avec 4 à 5 selles par jour.

O.R.L.: tympan rouge, légèrement fongueux, avec une perforation paracentrale.

Pas de douleurs à la pression de la masto.

Les tissus superficiels sont très mobiles sur le périoste.

Pas de ganglion.

Un toucher appuyé fait au 18<sup>e</sup> jour de l'écoulement amène une diminution considérable de l'écoulement, en 48 heures.

Disparition de la diarrhée.

L'état général s'améliore, le poids augmente cependant de temps en temps.

L'enfant présente une petite poussée fébrile à 38°5.

Cette poussée cède définitivement après l'ablation des végétations adénoïdes.

#### OBSERVATION N° XX

MEN... (Jean), âgé de 5 mois, entre le 18 février 1943 à la Crèche médicale.

Le 18 février 1943:

T.: 36°9.

P.: 5 kg. 300.

D.: 1 selle.

Le 20 février 1943:

T.: 37°2-37°6.

P.: 5 kg. 200.

D.: 2 selles.

O.R.L.: O.D., paracentèse: sérosité.

O.G., paracentèse: pus.

Prélèvement nasal —.

Prélèvement pharyngé —.

Jusqu'au 23 février 1943:

T.: elle est régulièrement ascendante et atteint 39°5-40°.

P.: Il tombe brusquement à 4 kg. 900.

D.: 1 vomissement, 3 selles.

O.R.L.: écoulement des deux côtés - Tympanes rouges et infiltrés.

Le 24 février 1943:

Passage salle 16 pour antrotomie.

T.: 40°-39°6.

P.: 4 kg. 925.

D.: 2 vomissements, 3 selles.

O.R.L.: Aspect semblable à celui d'hier. Devant cet écoulement à son début malgré la température, ablation des végétations adénoïdes (Dr BARON).

Le 25 février 1943:

La température se maintient à 40°, mais les troubles digestifs et les vomissements ainsi que les selles diarrhéiques ont disparu, le poids est stationnaire.

Mais les jours suivants, la température tombe à la normale, et depuis l'enfant n'a cessé de reprendre du poids, pour dépasser 6 kg. 200 au début de mai 1943.

## CONCLUSION

Telles sont les observations que nous pouvons apporter à l'appui de cette thèse.

Nous nous permettons d'insister sur les observations 1, 2, 3 où les malades ont été hospitalisés longtemps

(8 mois pour le premier), et où il a fallu un seul coup de curette pour délivrer le nourrisson de sa température, faire remonter son poids et faire cesser les troubles digestifs et auriculaires.

On comprend tout l'intérêt que représente ce test diagnostique mais aussi thérapeutique.



## CONCLUSIONS

Nous dirons pour conclure que :

1°) Au cours de l'otite du nourrisson, il ne faut jamais perdre de vue la rhino-pharyngite étiologique, et pour cela on ne devrait pas dire devant un tympan rouge : antrite du nourrisson, mais adénoïde du nourrisson.

2°) Lorsqu'il y a des signes formels de mastoïdite, il faut d'abord intervenir sur l'oreille pour éviter des complications toujours graves des mastoïdites. Mais après la guérison on agit sur le cavum pour éviter les récidives, c'est d'ailleurs une règle que tous les otologistes s'imposent.

3°) Lorsqu'il n'y a pas de signes formels de souffrance de la mastoïde, le syndrome digestif infectieux demande d'agir d'abord sur le cavum. Ainsi, souvent on pourra éviter l'antronomie: opération plus choquante que la simple adénoïdectomie et qui entraîne au moins six semaines de pansements quotidiens. Aussi faut-il se souvenir, avant de parler d'antrite, de ce que notre maître BARON écrivait : « Sur

tout l'ensemble, oreille, mastoïde, cavum, nous n'avons qu'une lucarne: le tympan. »

Nous aurons fait en tout cas un traitemnt étiologique seul capable peut-être d'abaisser la mortalité de ce syndrome.

VU : *Le Doyen,*

A. BAUDOIN.

VU : *Le Président de Thèse,*

Fernand LEMAITRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

GIDEL.

## BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER (H.). — Les complications silencieuses des otites. (*Presse Médicale*, 8 août 1925.)
- ABOULKER. — Les otites et leurs complications. (*Gazette des Hôpitaux*, mai 1936.)
- ABRAND (H.). — L'otite des nourrissons, en particulier chez les arthropsiques. (*Société de Pédiatrie*, 19 décembre 1922.)
- ADAM (M<sup>me</sup>). — Le retentissement des affections rhino-pharyngées banales sur la pathologie du nourrisson. (*Thèse Paris*, 1941).
- ALOIN. — Mastoïdites et méningites de forme latente chez le nouveau-né et l'enfant du premier âge. (*Lyon Médical*, août 1925.)
- ARBELTIER. — Fréquence et gravité de l'otite du nourrisson. (*Thèse de Paris*, 1922.)
- ARLOING. — La mastoïdite latente du nourrisson. (*Archives Internationales de Laryngologie*, 1926.)
- AUERT. — De la rhino-pharyngite chez les enfants. (*Thèse de Paris*, 1908.)
- BARBIER. — Les états cholériformes avec lésions de l'oreille moyenne au cours de la première enfance. (*Thèse de Paris*, 1938.)
- BARBILLON. — De l'infection septique d'origine otique chez les nourrissons. (*Revue Mensuelle des Maladies de l'Enfance*, 1903.)

- BARON. — Antrite et adénoïdite du nourrisson. (Communication à la *Société Médicale des Hôpitaux de Nantes*, mars 1943.)
- BIZE. — *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, du 20 octobre 1932.
- BLECHMANN (G.). — Les feuillets du pédiatre. *Feuillet XII : La Flambée à 40° (Le catarrhe du cavum)*. (Doin, 1925.)
- BLOCH (André) et VESSELLE (Pierre). — Otite latente, otite méconnue chez l'enfant. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, juin 1925.)
- BOURGEOIS. — Hydrocéphalies d'origine otique. (*Thèse Paris*, 1935.)
- BURGHY et GIANELLE. — Troubles de la nutrition déterminés chez le nourrisson par l'otite latente. (*Revue Française de Pédiatrie*, 1929.)
- CAROLY. — Contribution à l'étude des végétations adénoïdites dans les six premiers mois de la vie. (*Thèse Paris*, 1927.)
- CATHALA (J.). — Diarrhée cholériforme et syndrome toxique (problèmes actuels de pathologie médicale), 2<sup>e</sup> série. (Masson, 1932.)
- Pathologie du nourrisson. (Masson, 1931.)
- CATHALA (J.) et CHABRUN (J.). — L'infection chez les enfants du premier âge. (In *Traité des Maladies des Enfants*, de Nobécourt, Babonneix, t. II.)
- CATHALA (J.) et CORMAN. — A propos de fièvres cryptogénétiques du nourrisson. (*Soc. de Pédiatrie*, août 1926.)
- CATHALA (J.), M<sup>lles</sup> LORRAIN et MOREL. — Communications sur les oto-mastoïdites latentes et les états de dénutrition aiguë chez les nourrissons. (*Soc. de Pédiatrie*, 20 octobre 1936.)
- CHABRUN (J.). — De l'infection et de l'immunité humorale chez l'enfant en bas âge. (*Thèse de Paris*, 1928.)
- CHAMBON. — Les états cholériformes d'origine parentérale observés à l'Hospice des Enfants Assistés. (*Thèse Paris*, 1939.)
- CHATELIER. — Le problème des VA. tel qu'il se posa au praticien. (*Feuillets cliniques du Praticien*, 1941.)

- CHATIN et RENDU. — Fréquence et gravité des otites latentes chez le nourrisson. (*Journal de Médecine de Lyon*, déc. 1922.)
- CHAUVEAU. — Antrites du nourrisson sans lésion apparente du tympan. (*Arch. Internat. de Laryngologie*, 1906.)
- CLÉMENT (R.), GIBERT (P.) et CLENET (E.). — Roentgenthérapie des adénoïdites de l'enfant. (*Presse Médicale*, 24 mai 1939.)
- CLENET (E.). — Contribution à l'étude de la roentgenthérapie des adénoïdites. (*Thèse de Paris*, 1937.)
- COMBY. — Relation des entéro-colites avec les adénoïdites chez les enfants. (*Société de Pédiatrie*, 19 juin 1906.)
- Fébricules prolongées chez les enfants. (*Arch. Médicales Enf.*, août 1922.)
- Otites latentes de la première enfance. (*Arch. des Maladies des Enfants*, septembre 1917.)
- Les oto-mastoïdites du nourrisson. (*Arch. Médecine des Enf.*, mai 1937.)
- Adénoïdites et entéro-colites. (*Soc. de Pédiatrie*, 19 févr. 1906.)
- DENÉCHAU et AMSLER. — Otite du nourrisson et du nouveau-né et infections estivales. (*Bulletin Médical*, 8 et 11 février 1922.)
- DEVILLERS. — Etude thérapeutique du syndrome cholériforme du nourrisson. (*Thèse Paris*, 1939.)
- DREYFUS-SÉE (G.). — Les néphrites rhino-pharyngées des enfants. (*Paris Médical*, 15 octobre 1932.)
- ELMERICH. — Végétations adénoïdes du nourrisson. Leur influence sur le développement. (*Thèse de Paris*, 1908.)
- FLOYD. — Otite latente du nourrisson. (*Annals Otology*, 1925.)
- FLURIN (H.). — Les rhino-bronchites descendantes. (*Les bronchites chroniques*, Masson, 1913.)
- FULCONIS. — La mastoïdite dans la pathologie infectieuse du nourrisson. (*Thèse de Paris*, 1935.)
- GASTOU. — Méningites otogènes (Traitement). (*Thèse de Paris*, 1935.)

- GONDAREAU. — Contribution à l'étude des rapports entre l'adénoïdite et l'entéro-colite muco-membraneuse chez le nourrisson. (*Thèse de Montpellier*, 1908.)
- GRENET. — Les broncho-pneumonies des enfants. (*Conférences cliniques de Médecine infantile*, 1<sup>re</sup> série.)
- Les diphtéries larvées et occultes. (*Conférences cliniques de Médecine infantile*, 2<sup>e</sup> série.)
- La fièvre chez le nourrisson. (*Conférences cliniques de Médecine infantile*, 2<sup>e</sup> série.)
- GRUNING. — Rapports entre l'otite et certaines broncho-pneumonies ou entérites. (*Med. Record*, décembre 1904.)
- GUINON, NAGEOTTE (M<sup>me</sup>) et COMBY. — Parallélisme et rapport des infections du rhino-pharynx avec les troubles intestinaux et les entérites. (*Clinique Infantile*, juillet 1906.)
- JACOBSON. — Fièvre prolongée au cours des rhino-pharyngites. (*Société de Pédiatrie*, 1908.)
- GENON. — Des relations des entéro-colites avec les adénoïdites chez les enfants. (*Société de Pédiatrie*, 19 juin 1906.)
- JAUPITRE. — La roentgenthérapie de l'hypertrophie et de l'infection de l'amygdale palatine. (*Thèse de Paris*, 1939.)
- JEAN. — Masked mastoïditis simulating alimentary intoxication. (*Arch. of Oto-Laryngology*, avril 1925.)
- KÆNIG. — Traitement des adénoïdites par la radiothérapie. (*Centre Médical*, juin 1934.)
- LANDOLT. — Introduction à l'étude des troubles digestifs liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx. (*Thèse de Paris*, 1905.)
- LAURENS. — *Précis d'O. R. L. du médecin praticien*. (Masson, éditeur.)
- LELONG (M.). — *Le traitement et la prophylaxie du Choléra infantile et des états cholériformes*. (Baillière, 1938.)
- Le traitement des états cholériformes au cours des infections parentérales. (*Paris Médical*, 16 novembre 1937.)

- LE MARC'HADOUR. — Les végétations adénoïdes et les otites chez les nourrissons. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 janvier 1915.)
- LE MÉE. — Les otites latentes de la première enfance. (*Congrès Internat. de Laryngologie*, 1925.)
- A propos de la mastoïdite du nourrisson. (Communication faite à la *Société de Pédiatrie*, 18 février 1936.)
- LE MÉE, BLOCH (A.) et GAZEJUST. — Des otites latentes chez l'enfant. (1925.)
- LE MÉE et BOUCHET. — L'otite latente de l'enfant. (*Journal Méd. Français*, octobre 1924.)
- LE MÉE et BLOCH (A.). — Les formes cliniques de l'otite latente chez l'enfant. Diagnostic et traitement. (*Monde Médical*, juin 1926, pages 552 à 564.)
- LEMOIGNE. — Infections pulmonaires par aspiration. (*Thèse de Paris*, 1935.)
- LESAUVAGE. — Méningites et otites à pneumococcus. (*Thèse de Paris*, 1935.)
- LÉVESQUE (J.) et PERROT (R.). — A propos des troubles digestifs et des états de dénutrition du nourrisson secondaires à une infection parentérale. (*Bull. Méd.*, 28 novembre 1936.)
- MARFAN. — Les affections des voies digestives de la première enfance. Hypothrepsie et athrepsie. (Paris, 1923.)
- Les causes et la pathogénie des diarrhées cholériformes de la première enfance. (*Le Nourrisson*, n° 6, 1936.)
- Etude sur les végétations adénoïdes du nourrisson, en particulier sur leurs causes. (*Le Nourrisson*, mars 1937.)
- MARRIOTT. — Some phases of the pathology of nutrition in infancy. (*American Journal of disease of Children*, déc.)
- Gastro-entérites aiguës d'origine otique. (*The Laryngoscope*, 1925, n° 8.)
- MARX. — La septicémie otogène. (*Annales d'O. R. L.*, 1937.)

MATHIEU (R.). — Vomissements incoercibles du nourrisson à la suite d'une infection rhino-pharyngée.

MEYER (J.). — La broncho-pneumonie du nourrisson. (*Thèse de Paris*, 1923.)

NOBÉCOURT (P.). — Infections pharyngées et néphrites des enfants. (*Pédiatrie pratique*, 5 janvier 1923.)

— Rhinites et rhino-pharyngites simples des nourrissons. (*Revue Française de Pédiatrie*, avril 1929.)

— Leçon clinique du 25 septembre 1940 : syndromes cholériques des petits enfants associés aux rhino-pharyngites, otites, mastoïdites.

OMBRÉDANNE. — La question d'âge dans les interventions sur le cercle amygdalien. (*Revue Française Médicale*, 1934.)

PARROT. — De l'otite moyenne chez le nourrisson. (*Soc. Médicale des Hôpitaux*, avril 1869.)

RAVET (J.). — Méningite suppurée des nourrissons. (*Thèse de Paris*, 1931.)

RENAUD (Maurice). — Les otites et les suppurations du rocher chez le nourrisson. Leur extrême fréquence. Leur importance dans les diarrhées infantiles. Leur rôle dans la genèse de l'athrepsie. (*Bull. et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 20 octobre, 27 octobre 1941.)

RENAUD (M.). — Otites latentes et méconnues. Leur importance dans les états infectieux. (*Journal Méd. Français*, oct. 1924.)

RENAUD et ARBELTIER. — Fréquence et gravité des otites chez les nourrissons. (*Bull. de l'Académie de Médecine*, avril 1922.)

RENDU. — *Annales d'O. R. L.*, n° 4, 1936.

— Fièvres d'origine adénoïdienne au cours de l'oto-antrite aiguë. (*Presse Médicale*, 25 février 1935.)

RIBADEAU-DUMAS. — Troubles digestifs dans les infections de l'enfance. (*Pédiatrie*, t. III, Coll. Sergent.)

RIBADEAU-DUMAS et FOUET. — L'importance du facteur alimentaire dans le traitement des infections de la première enfance. (*Le Nourrisson*, 1926.)

RIBADEAU-DUMAS. — Infection et réinfection chez le nourrisson. (*Le Nourrisson*, mars 1933.)

— Infection et réinfection dans la première enfance. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*.)

— Le syndrome cholériforme et les toxi-infections graves de la première enfance. (*Presse Médicale*, 7 avril 1934.)

RIBADEAU-DUMAS et DEBRAY. — Grippe cholériforme du nourrisson. (*Soc. de Pédiatrie*, 1924.)

RIBADEAU-DUMAS et CHABRUN. — L'infection chez l'enfant en bas âge. Etude étiologique et clinique. (*Bulletin Médical*, 30 juin 1928.)

— Les fièvres cryptogénétiques du nourrisson. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 2 juillet 1926.)

RIBADEAU-DUMAS, RAMADIER, GUILLON et LE MELLETIER. — Communication sur les mastoïdites latentes du nourrisson. (*Soc. de Pédiatrie*, janvier 1936.)

RIBADEAU-DUMAS, RIST (M<sup>me</sup>), HUSSOMEDDIN. — Réaction méningée au cours des rhino-pharyngites aiguës. (*Société Médicale des Hôpitaux*, janvier 1940.)

RIBERT. — Contribution à l'étude des troubles digestifs secondaires aux rhino-pharyngites dans la première enfance. (*Thèse de Paris*, 1936.)

ROHMER. — Le rôle des infections parentérales dans les troubles digestifs du nourrisson. (*Bruzelles Médical*, 1932.)

ROUGET. — Les otites du nourrisson. (*La Médecine Internationale Illustrée*, mai 1936.)

SALAMO. — Les mastoïdites des nourrissons. (*Thèse de Paris*, 1906.)

SARGNON. — Les otites moyennes aiguës et latentes de la première enfance. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1926.)

SEBILLEAU. — Les suppurations aiguës de la cavité antro-tympanique chez les enfants. (*Revue Médicale Française*, avril 1922.)

SEMELAIGNE (G.). — Conduite à tenir dans l'oto-mastoïde des nourrissons. (*Gaz. Méd. de France*, avril 1941.)

VARIOT, LE MARC'HADOUR, ROGER. — Rapports des végétations adénoïdites avec les troubles digestifs et les retards de croissance chez le nourrisson. (*Soc. de Pédiâtrie*, 20 juin 1905.)

VESSELLE (P.). — L'otite du nourrisson. (*Thèse de Paris*, 1925.)

VON GYORGY. — Rôle de la mastoïdite chez le nourrisson. (*Arch. für Kinder*, avril 1936.)



---

Imp. de Persan-Beaumont, 80, Av. Wilson, Persan (S.-et-O.)

---



